（様式１）

令和　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

補助事業者　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（団体）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

令和６年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　補助事業名　　在宅医療提供体制整備事業

２　交付申請額　　金○○○，○○○，○○○円

３　所要額調書　　（別紙１）

４　事業計画書　　（別紙２）

５　所要額明細書　（別紙３）

６　添付書類

(1) 当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本（別紙４）

（当該補助事業に係る予算額を備考欄に記入すること。）

(2) 役員等氏名一覧表（様式１付表）

※補助事業者が地方公共団体の場合は提出を要しない。

(3) その他参考となる資料

　　※多職種連携型については、多職種連携の必要性を示す書類（別紙５）又は

　　　多職種連携についての説明書類（別紙６）を追加で提出すること。

　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○部○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ○○○○＠○○○○