別紙様式１

事業計画書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業名 | | 令和３年度徳島県地域医療介護総合確保基金事業（在宅医療・介護連携サポート事業） |
| 1.補助事業者情報 | | 事業者名 |
| 所在地　〒 |
| 電話番号 |
| 担当者名 |
| 厚生支局への届出状況（医療機関のみ記入。該当する番号に○をつけてください。）  1 在宅療養支援診療所・病院１（機能強化型１）  2 在宅療養支援診療所・病院２（機能強化型２）  　　連携先医療機関名（　　　　　、　　　　　　　、　　　　　）  3 在宅療養支援診療所・病院３  4 上記１～3以外 |
| 新たに、次の届出を予定している場合には、該当する番号に○を付け、予定時期を記載してください。  　1 機能強化型在宅療養支援診療所・病院　（予定時期：　　年　　月頃）  　2 在宅医療後方支援病院 （予定時期：　　年　　月頃） |
| 医療機関または団体の体制（在宅医療に携わるスタッフの職種と人数）  　医師　　名、看護職員　　名、MSW　　　名、理学療法士　　名、  作業療法士　　　人、言語聴覚士　　名、ケアマネージャー　　名  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 救急告示医療機関の認定の有無  （　有り　・　無し　） |
| 2.連携（予定）先医療機関等（病院/診療所/訪問看護事業所 等） | | 後方支援ネットワークを構築する医療機関等の名称を記載してください。  （　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　） |
| 3．連携可能な地域  （市町村単位で記載してください） | |  |
| 4．ネットワークを利用する（予定）医療機関等（病院/診療所/訪問看護事業所 等） | | 後方支援ネットワークを構築する医療機関等の名称を記載してください。  （　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　），　（　　　　　　　　　） |
| 5.在宅医療連携拠点または地域の在宅医療提供機関との連携状況 | |  |
| 6.その他  （後方支援ネットワークについて，独自に取り組んでいる事例があれば，自由に記載してください） |  | |

※記載欄が足りない場合には、適宜行を追加してください。