

(別表2第1号様式)

平成 29 年 ○ 月 × 日

大阪府訪問看護ステーション協会長 様

所在地 ○○  
法人名 A会  
代表者 ○○ 印  
施設名 A訪問看護ステーション

平成 29 年度大阪府新任訪問看護職員育成事業費補助金交付申請書

平成 29 年度において標記の補助金を下記のとおり受けたいので、大阪府補助金交付規則第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|                                      |                       |            |
|--------------------------------------|-----------------------|------------|
| 1 補助事業の目的及び内容                        | 新任訪問看護職員の育成し、質の向上を図る  |            |
| 2 補助事業の経費の配分                         | 金230,300 円            |            |
| 3 補助事業の完了予定年月日                       | 平成29年12月31日           |            |
| 4 補助事業遂行に関する計画                       | 別紙1～6及び所定の研修プログラムのとおり |            |
| 5 交付を受けようとする補助金額                     | 金115,150 円            |            |
| 6 補助事業の経費のうち補助金によってまかなわれる以外の部分に関する事項 | 負担者                   | A会         |
|                                      | 負担額                   | 金115,150 円 |
|                                      | 負担方法                  | 自己財源       |
| 7 補助事業の効果                            | 訪問看護サービスの安定的供給        |            |
| 8 備考                                 |                       |            |

(事務担当者)

|         |       |
|---------|-------|
| 氏名      | ○○ ○○ |
| 電話番号    | ○○    |
| メールアドレス | ○○    |

(別紙1)

寄付や他団体からの助成金等あれば、記載

成28年度 大阪府

(E), (F)項は44万円と記載

要額調書

ステーション名

Aステーション

| 区分              | 総事業費<br>(対象経費)<br>(A) | 寄付金<br>その他の<br>収入額<br>(B) | 差引事業費<br>(A)-(B)=(C) | 新任訪問<br>看護職員<br>(D) | 基準額<br>(E) | 補助基準額<br>(F) | 選定額<br>(C)と(F)を比較し<br>少ない方の額(G) | 補助率<br>(H) | 補助所要額<br>(G)×(H)=(I) | 備考 |
|-----------------|-----------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|------------|--------------|---------------------------------|------------|----------------------|----|
|                 | 円                     | 円                         | 円                    | 人                   | 円          | 円            | 円                               |            | 円                    |    |
| 大阪府新任訪問看護職員育成経費 | 230,300               | 0                         | 230,300              | 1                   | 440,000    | 440,000      | 230,300                         | 1/2        | 115,150              |    |
|                 | 支出総額を記載<br>別紙4の合計     |                           |                      |                     |            |              |                                 |            |                      |    |
| 計               | 230,300               | 0                         | 230,300              | 1                   | 440,000    | 440,000      | 230,300                         |            | 115,150              |    |

「補助所要額 (I)」には、1,000円未満の端数が生じた場合は、切り捨てること。



(別紙3)

新任訪問看護職員名簿（平成29年〇月末時点）

施設名：Aステーション

| No | 氏名    | 性別 | 年齢 | 看護師等免許証登録番号 | 看護師等免許証登録年月日 | 採用年月日     | 備考 |
|----|-------|----|----|-------------|--------------|-----------|----|
| 1  | 〇〇 〇〇 | 女  | 23 | 〇〇          | 平成〇年〇月〇日     | 平成29年4月1日 |    |
| 2  |       |    |    |             |              |           |    |
| 3  |       |    |    |             |              |           |    |
| 4  |       |    |    |             |              |           |    |
| 5  |       |    |    |             |              |           |    |
| 6  |       |    |    |             |              |           |    |
| 7  |       |    |    |             |              |           |    |
| 8  |       |    |    |             |              |           |    |
| 9  |       |    |    |             |              |           |    |
| 10 |       |    |    |             |              |           |    |
| 11 |       |    |    |             |              |           |    |
| 12 |       |    |    |             |              |           |    |
| 13 |       |    |    |             |              |           |    |
| 14 |       |    |    |             |              |           |    |
| 15 |       |    |    |             |              |           |    |
| 16 |       |    |    |             |              |           |    |
| 17 |       |    |    |             |              |           |    |
| 18 |       |    |    |             |              |           |    |
| 19 |       |    |    |             |              |           |    |
| 20 |       |    |    |             |              |           |    |

施設名： Aステーション

対象経費の支出予定額算出内訳

| 区分                       | 支出予定額<br>円 | 積算内訳   |
|--------------------------|------------|--|
| (育成経費)<br>教育担当者経費<br>人件費 | 145,000    | 氏名(役職) 時間単価 従事時間 日数 金額<br>A(管理者) 3,000 円× 1.0 h× 5.0 日 = 15,000 円<br>B(主任) 2,000 円× 2.0 h× 10.0 日 = 40,000 円<br>C(担当) 1,500 円× 3.0 h× 20.0 日 = 90,000 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円<br>円× h× 日 = 円 |
| 謝金                       | 10,000     | 氏名(役職) 金額<br>D外部講師 10,000 円<br>円<br>円<br>円   |
| 手当                       | 3,000      | C教育主担当手当 3,000 円<br>円<br>円   |
| 報償費                      |            | 円× 回 = 円   |
| 旅費                       | 6,700      | 同行訪問時旅費 250 円× 2 人 = 500 円<br>○病院研修参加時旅費 4,000 円× 1 人 = 4,000 円<br>□病院研修参加時旅費 800 円× 1 人 = 800 円<br>地域センター研修参加時旅費 400 円× 1 人 = 400 円<br>△ステーション研修参加時旅費 1,000 円× 1 人 = 1,000 円<br>円<br>円  |
| 印刷製本費                    | 50,000     | 新任育成マニュアル作成 50,000 円× 1 人 = 50,000 円<br>円× 人 = 円<br>円× 人 = 円   |
| 会議費                      |            | 円× 人 = 円<br>円× 人 = 円   |
| 図書購入費                    | 3,000      | 訪問看護入門本 3,000 円× 1 冊 = 3,000 円<br>円× 部 = 円   |
| 役務費<br>通信運搬費             |            | 円 = 円<br>円 = 円<br>円 = 円<br>円 = 円   |
| 雑役務費<br>(外部研修参加費等)       | 12,600     | ○病院 1,000 円× 1 人 = 1,000 円<br>△病院 2,000 円× 1 人 = 2,000 円<br>□病院 5,000 円× 1 人 = 5,000 円<br>△ステーション 3,000 円× 1 人 = 3,000 円<br>○協会 1,600 円× 1 人 = 1,600 円<br>円× 人 = 円<br>円× 人 = 円<br>円× 人 = 円<br>円× 人 = 円   |
| 使用料及び賃借料                 |            | 円× 日 = 円<br>円× 日 = 円   |
| 備品購入費                    |            | 円  |
| 合計                       | 230,300    |  |

同行訪問や自施設での教育(研修)など教育担当者が教育に費やした人件費を記載

教育主担当者等に手当を支払っていれば記載

同行訪問や研修時の旅費を記載 ※通常業務の訪問は不可

(注) 賃金は、外部の研修参加に伴う代替職員経費に限る

(別紙5)

(大阪府新任訪問看護職員育成事業)

### 事業収支予算書

(単位：円)

#### 1. 収入の部

| 科目       | 予算額     | 備考 |
|----------|---------|----|
| 補助金収入    | 115,150 |    |
| 寄付金その他収入 | 0       |    |
| 施設負担額    | 115,150 |    |
| 計        | 230,300 |    |

#### 2. 支出の部

| 科目      | 予算額     | 備考                      |
|---------|---------|-------------------------|
| 補助対象経費  | 230,300 | 別紙4（対象経費の支出予定額算出内訳）のとおり |
| 補助対象外経費 | 0       |                         |
| 計       | 230,300 |                         |

上記は原本のとおりであることを証明する。

平成29年〇月×日

代表者名 ○○

印

平成29年度 大阪府新任訪問看護職員育成事業計画書

1 訪問看護ステーション名称、所在地、管理者及び事業者番号等

|       |             |    |    |
|-------|-------------|----|----|
| 法人所在地 | 〇〇          |    |    |
| 法人名称  | A会          |    |    |
| 代表者氏名 | 〇〇          |    |    |
| 施設名   | A訪問看護ステーション |    |    |
| 開設年月日 | 200×年       | 〇月 | ×日 |
| 事業者番号 | 〇〇〇         |    |    |

2 配置従業員数(2016年〇月×日時点) **申請時点** 含まない。(単位:人)

|        | 看護師 |    | 保健師 |    | 合計  |
|--------|-----|----|-----|----|-----|
|        | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |     |
| 常勤     | 2   |    | 1   |    | /   |
| 非常勤    | 0.5 |    |     |    |     |
| 常勤換算人数 | 2.5 |    | 1   |    | 3.5 |

3 利用者数  人 (平成29年〇月×日現在 : 実人員)

4 新任訪問看護職員数  人 (平成29年〇月×日現在)

【新任訪問看護職員育成に向けた取組内容詳細】

(実施にあたって想定される事業効果、課題等についても記載すること)

1. 新任訪問看護職員を支える体制について

①職場適応のサポート、メンタルサポート体制

〇〇〇

②教育担当者(氏名・役職・役割)

A(管理者) 教育業務統括

B(主任) 教育業務補佐

C(担当) 教育主担当