



特定行為等研修代替職員雇用確保事業

補助額 最大 510,000円 × 2名分

特定行為等研修代替職員確保事業の対象研修

- ・ 特定行為研修
- ・ 専門看護師研修
- ・ 認定看護師研修
- ・ 認定看護管理者研修
- ・ 特定分野指導者講習会
- ・ 精神科算定要件研修
- ・ 訪問看護管理者研修 (大阪府訪問看護ステーション協会) 等

看護のスキルアップ

但し、新卒、新人関係の研修は除く

特定行為等研修代替職員雇用確保事業

■研修計画一覧

	研修を受講する職員について		研修について					代替職員 氏名
	職員氏名	職種	研修名	実施団体	実施期間	参加日数	参加時間数	
例	大阪 太郎	看護師	●●●●研修	▲▲協会	令和1年5月1日 ～令和1年5月20日	5 日間	15 時間	大阪 花子
1					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
2					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
3					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
4					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
5					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
6					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
7					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
8					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
9					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
10					令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	日間	時間	
合計						0 日間	0 時間	

研修受講者ごとに
作成してください

- ・ 研修受講者1名につき1枚作成
- ・ 何日間・何時間、誰が代替したかわかるように作成する。

特定行為等研修代替職員雇用確保事業



- 賃金は、支給額を勤務時間で割り1時間の時給を
- 交通費、定期代の場合は支払われた金額を出勤日数で計算します
- 時給は2,000円、交通費は1,000円を上限とします。



※黄色のセルに入力してください。

研修受講職員氏名	大阪花子	職種	看護師
総研修日数	○ 日	総研修受講時間	○ 時間

※研修内容は別添（研修計画一覧）のとおり

■ 1 人目

1、代替職員の基本情報

氏名	波運太郎	職種	看護師	雇用形態	常勤
----	------	----	-----	------	----

2、代替職員の雇用経費の単価を算出

【賃金】			【交通】
雇用契約上の報酬月額 A (※1)	標準勤務時間 (1/月) B	1時間あたり単価 C (A÷B) (※2)	1日あたり交通費 D (※3)
○○○ 円	△△△ 時間	#VALUE! 円	○○○ 円

3、補助所要額の算出

代替勤務時間 E	代替日数 F	所要賃金額 G (C×E)	所要交通費額 H (D×F)	所要額合計 (G+H)
△ 時間	○ 日	#VALUE! 円	#VALUE! 円	#VALUE! 円

【※1】雇用契約が特給契約の場合はAおよびBは空欄のまま、Cに直接単価を入力。
 【※2】「1時間あたり単価 (C)」は、上限が2,000円であるため、上限を超える値
 【※3】「1日あたり交通費 (D)」は、上限が1,000円であるため、上限を超える値

■ 1 人目

1、代替職員の基本情報

氏名	大阪次郎	職種	看護師	雇用形態	非常勤
----	------	----	-----	------	-----

2、代替職員の雇用経費の単価を算出

【賃金】			【交通】
雇用契約上の報酬月額 A (※1)	標準勤務時間 (1/月) B	1時間あたり単価 C (A÷B) (※2)	1日あたり交通費 D (※3)
		○○○○ 円	○ 円

3、補助所要額の算出

代替勤務時間 E	代替日数 F	所要賃金額 G (C×E)	所要交通費額 H (D×F)	所要額合計 (G+H)
○ 時間	○ 日	#VALUE! 円	#VALUE! 円	#VALUE! 円

【※1】雇用契約が特給契約の場合はAおよびBは空欄のまま、Cに直接単価を入力。
 【※2】「1時間あたり単価 (C)」は、上限が2,000円であるため、上限を超える値
 【※3】「1日あたり交通費 (D)」は、上限が1,000円であるため、上限を超える値

区分（事業科目）		システム導入・備品購入/事務職員雇用
ア 支出		
区分	支出予定額	積算内訳
(補助対象経費)	円	
総額	0	
資金	2,970,000	資金・・・相互連携(別紙2-3) 事務職員雇用(別紙2-4) 研修代替職員(別紙2-5)
総額	0	
講師謝金		
研修協力者等謝金		
旅費	130,000	通勤交通費・・・相互連携(別紙2-3) 事務職員雇用(別紙2-4) 研修代替職員(別紙2-5)
講師旅費		
研修協力者等旅費		
需用費	175,000	
消耗品費	175,000	タブレット端末5台購入分
印刷製本費		
会議費		
役員費	0	
通信運搬費		
雑費		
使用料及び賃借料	600,000	450,000円 システム初期導入費(講習費用含む) 150,000円(〇月〇日～1月31日利用料)
会議費上料等		
小計	3,875,000	(左記の金額は別紙1のD欄に記入すること)
(補助対象外経費)	円	
小計	0	
合計	3,875,000	(左記の金額は別紙1のA欄に記入すること)

- ・ 代替者の常勤・非常勤は問わない
- ・ 昼食等の休憩時間は代替時間に含みません

総事業費

区分(事業種目)	応募事業	寄附金その他の収入額(予定)	差引事業費(予定)	対象経費の実支出額(予定)	基準額	選定額	補助基準額	補助率	補助所費額	備 考
	(A)	(B)	(A)-(B)=(C)	(D)	(E)	(D)と(E)を比較し少ない方の額・(F)	(C)と(F)を比較し少ない方の額・(G)	(H)	(G)×(H)・・・(I)	
訪問看護用三連筒車往來費(備品購入費)					300,000			1/2		類紙2部類 類紙3部類
訪問看護用三連筒車往來費(施設設備費)					450,000			1/3		類紙2、2-2部類 類紙3部類
訪問看護用三連筒車往來費(人件費等)					300,000			1/2		類紙2、2-3部類 類紙3部類
訪問看護ステーション規模拡大推進事業経費 (ア 訪問看護連携システム導入支援事業) ※システム導入・利用経費	600,000	0	600,000	600,000	500,000	500,000	500,000	10/10	500,000	類紙2部類 類紙3部類
訪問看護ステーション規模拡大推進事業経費 (ア 訪問看護連携システム導入支援事業) ※備品購入費	175,000	0	175,000	175,000	175,000	175,000	175,000	1/2	87,500	類紙2部類 類紙3部類
訪問看護ステーション規模拡大推進事業経費 (イ 事務経費等の運用支援事業)	3,100,000	0	3,100,000	3,100,000	3,060,000	3,060,000	3,060,000	1/2	1,530,000	類紙2、2-4部類 類紙3部類
訪問看護ステーション規模拡大推進事業経費 (ウ 特定行為研修等の代替職員確保支援事業)					1,020,000			1/2		類紙2、2-5部類 類紙3部類
訪問看護ステーション規模拡大推進事業経費 (エ 土日営業等対応確保事業)					780,000			1/2		類紙2、2-6部類 類紙3部類
計	3,875,000		3,875,000	3,875,000		3,735,000	3,735,000		2,117,000	

(注)
1 (F)「選定額」欄には、(D)「対象経費の実支出額(予定)」欄と(E)「基準額」欄とを比較して少ない方の額を記入すること。
2 (G)「補助基準額」欄には、(C)「差引事業費(予定)」欄と(F)「選定額」欄とを比較して少ない方の額を記入すること。

見本

600,000	450,000円 システム初期導入費(講習費用含む) 150,000円(〇月〇日~1月31日利用料)
---------	---

3,875,000 (左記の金額は別紙1のD欄に記入すること)

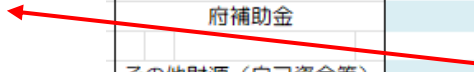
円

小 計	0	
合 計	3,875,000	(左記の金額は別紙1のA欄に記入すること)

府補助金	2,117,000	円
その他財源(自己資金等)	1,758,000	
合 計	3,875,000	

イ 収入		
区 分	収 入 予 定 額	積 算
	円	
府補助金	2,117,000	
その他財源(自己資金等)	1,758,000	(左記の金額は別紙1のB欄に記入すること)
合 計	3,875,000	

ア 支出の合計と、
イ 収入の合計は同じ



5. 別紙3 事業計画書

別表2第1号様式

令和 ○年 △月 □日

(補助事業者) 様

法人の所在地 大阪府○△市□□区○○町1-2-3

法人名 △△△株式会社

代表者氏名 大阪太郎 印

令和 ○年度大阪府訪問看護ネットワーク事業費補助金交付申請書

標記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条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助交付金申請額 金 □□□□□□ 円

2 所要額内訳 別紙1、別紙2及び別紙2-2~2-6のとおり

3 添付書類 大阪府訪問看護ネットワーク事業計画書(別紙3)

事務担当者	氏名	大阪まるこ
	電話番号	06-0000-△△△△
	メールアドレス	<a #.or.jp"="" href="mailto:!&%\$#*?@+?<`">!&%\$#*?@+?<`"#.or.jp

別紙3			
令和 年 月 日			
令和 ○年度 大阪府訪問看護ネットワーク事業計画書			
1 訪問看護ステーション基本情報(名称、所在地等)			
法人所在地	大阪府○△市□□区○○町1-2-3		
法人名称	△△△株式会社		
代表者氏名	大阪太郎		
施設名	大阪ふ訪問看護ステーション		
開設年月日	○年 △月 □日	事業者番号	1.2E+08
2 本事業を利用する目的 (該当する口を全てチェック■下さい)			
<input type="checkbox"/> a. 他機関との相互連携			
<input type="checkbox"/> b. 事業所の規模拡大	<input type="checkbox"/> c-1. 事業所の機能強化のうち、新たに施設加算を取得する場合		
<input type="checkbox"/> c. 事業所の機能強化	<input type="checkbox"/> c-2. 事業所の機能強化のうち、新たに土日営業を開始する場合		
3 訪問看護ネットワーク事業区分(申請事業)について (該当する口を全てチェック■下さい)			
<input type="checkbox"/> ①訪問看護相互連携事業	<input type="checkbox"/> ②訪問看護連携システム導入支援事業		
<input type="checkbox"/> ③事務職等の雇用支援事業	<input type="checkbox"/> ④特定行為研修等の代替職員確保支援事業		
<input type="checkbox"/> ⑤土日営業体制確保事業			
4 訪問看護連携システム導入支援事業又は事務職等の雇用支援事業を申請する場合(①、②、③)、以下を記載ください。			
訪問看護ステーション規模拡大のための取組について (該当する口を全てチェック■下さい)			