

番 号
平成29年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

所在地・法人名・代表者氏名は
印鑑証明書の記載と一致する。

法人の所在地 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
法人名 株式会社 〇〇〇〇
代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同一の印

平成29年度訪問看護ステーションにおける認定看護師
資格取得支援事業補助金の交付申請について

標記について、下記により東京都補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業所の名称 (〇〇〇〇訪問看護ステーション)
- 2 補助交付金申請額 金〇〇〇, 〇〇〇円
- 3 所要額調書 (別紙1、別紙1-2)
- 4 事業計画書 (別紙2)
- 5 添付書類
 - (1) 対象経費の支出予定額内訳書 (別紙3)
 - (2) 歳入歳出予算書抄本 (別紙4)
 - (3) 印鑑証明
 - (4) その他参考資料

千円未満切り捨て

事務担当者	所属	
	氏名	
	電話番号	

番 号
平成29年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

所在地・法人名・代表者氏名は
印鑑証明書の記載と一致する。

法人の所在地 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
法人名 株式会社 〇〇〇〇
代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同一の印

平成29年度訪問看護ステーションにおける認定看護師
資格取得支援事業補助金の事業実績報告について

標記について、下記により関係書類を添えて報告します。

記

- 1 事業所の名称 (〇〇〇〇訪問看護ステーション)
- 2 補助金所要額 金〇〇〇, 〇〇〇円
- 3 所要額精算書 (別紙5、別紙5-2)
- 4 事業実績報告書 (別紙6)
- 5 添付書類
 - (1) 対象経費の支出額内訳書 (別紙7)
 - (2) 歳入歳出決算 (見込み) 書抄本 (別紙8)
 - (3) その他参考資料

千円未満切り捨て

事務担当者	所 属	
	氏 名	
	電話番号	

平成 29 年度 所要額調査 (総括表)

年度を入れてください。

事業所名	△△△△訪問看護ステーション
受講者名	東京 花子

総事業費 (A)	寄附金その 他の収入額 (B)	差引額 (A) - (B) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H)	備考
円 900,000	円 0	円 900,000	円 900,000	円 750,000	円 750,000	0.5	円 375,000	

別紙1-2(個表)の合計欄の額を記入してください。
(受講者が複数名いる場合はその合計を記入)

平成 29 年度 所要額調査 (個表)

※受講者が複数名いる場合は、受講者ごとにこの用紙を作成してください

年度を入れてください。

事業所名	△△△△訪問看護ステーション
受講者名	東京 花子

経費	総事業費 (A)	寄附金その 他の収入額 (B)	差引額 (A) - (B) (C)	対象経費の 支出予定額 (D)	基準額 (E)	選定額 (F)	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H)	備考
入学金	円 100,000	円 0	円 100,000	円 100,000	円 50,000	円 50,000	円 0.5	円 25,000	当該年度に申請する対象経費(1年目は、入学金と授業料)のみ、記入してください。
授業料	円 800,000	円 0	円 800,000	円 800,000	円 700,000	円 700,000	円 0.5	円 350,000	
認定看護師教育 課程受講期間 の受講者 給与実支 職員給与	円 0	円 0	円 0	円 0	円 2,105,000	円 0	円 0	円 0	(C) (D) (E) 欄を比較して、最も少ない額を記入。
認定看護師 認定審査料	円 0	円 0	円 0	円 0	円 50,000	円 0	円 0	円 0	
合計	円 900,000	円 0	円 900,000	円 900,000	円 750,000	円 750,000	円 0.5	円 375,000	

記入上の注意

1. 「選定額 (F)」は、「差引額 (C)」、「対象経費の支出予定額 (D)」又は「基準額 (E)」のうち、最も少ない額を記入すること。

1 訪問看護ステーションの概要

名称	△△△△訪問看護ステーション	所在地	〇〇区〇〇町1-2-3
管理者氏名	都庁 太郎	事業所番号	13629000××
指定年月日	平成18年4月1日	サービス提供年数 (みなし期間も含む)	11年
現在事業所で雇用している 認定看護師数	1 人 (分野名: 訪問看護)		

2 配置従業員数等

(単位:人)

		看護職員 (保健師、准看護師を含む)		理学・作業療法士 ・言語聴覚士		合計	携帯 当番者数	非携帯 当番者数
		専従	兼務	専従	兼務			
従業者数	常勤	4	1				4	1
	非常勤	3		1	1		1	1
	常勤換算後の人数	5.5	0.5				5	2

※ 小数点以下第1位までを記入してください(小数点以下第2位を切り捨てる。)

3 利用者数

130 人 (平成29年5月1日現在の実利用者数)

4 認定看護師教育課程受講計画

受講者氏名	東京 花子		年齢	38 歳
給与費(月額)	約 367,566 円		職種	看護師
勤務日	週 5日勤務 (休日: 土・日 曜日)		勤務時間	8時30分から 17時30分まで
雇用形態	常勤・専従			(実働時間 8 時間 分)
当ステーション 勤務年数	5 年	看護歴	16 年	訪問看護歴 10 年
受講 教育機関	名称	聖路加看護大学教育センター		認定看護分野名
	所在地	東京都中央区築地3-8-5		
教育課程期間	平成 30 年 6 月 〇 日 ~ 平成 31			
受講期間	平成 30 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 31			

提出月の利用者数

「訪問看護」、「皮膚・排泄ケア」、「認知症看護」、「緩和ケア」のいずれかの分野を記入してください。

5 代替看護職員の雇用

(1)	氏名		年齢		
	採用日	平成			
	勤務日	週	日勤務		
	雇用形態				
	代替対象 予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			

「1~4」についてはすべての事業者が必ず記入してください。
「5 代替看護職員の雇用」欄については、当該年度に代替看護職員の給与費を申請する予定の事業者のみ、記入してください。

(2)	氏名		年齢	歳
	採用日	平成 年 月 日	職種	
	勤務日	週 日勤務 (休日: 曜日)	標準的な勤務時間	時 分から 時 分まで
	雇用形態		給与費 (月額)	約 円
	代替対象 予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
(3)	氏名		年齢	歳
	採用日	平成 年 月 日	職種	
	勤務日	週 日勤務 (休日: 曜日)	標準的な勤務時間	時 分から 時 分まで
	雇用形態		給与費 (月額)	約 円
	代替対象 予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

注) 認定看護師教育課程派遣に係る期間内において、期限付臨時職員を複数雇用する場合には、当該雇用職員ごとに記載すること。(ただし、補助対象となる雇用期間は重複しないこと。)

6 認定看護師資格取得後の活動計画

【訪問看護サービスの提供に関する事項等】

**「6 認定看護師資格取得後の活動計画」は、
なるべく具体的に記入してください。**

【所属のステーションや同一法人に対する活動など】

【地域や他のステーションに対する活動】

【その他】

平成 29 年度 対象経費の支出予定額内訳書

事業所名	△△△△訪問看護ステーション
受講者名	東京 花子

	費目	支出予定額 (円)	積算内訳
対象経費	入学金	100,000	
	授業料	800,000	
	認定看護師教育課程受講期間中の受講者に係る給与費又は代替看護職員給与費		
	認定審査料		
	計	900,000	

別紙1-2のD欄と金額が一致すること。

注) この対象経費の支出額内訳書は、受講者ごとに別様とすること。

(別紙4)

本様式は参考です。別様式で作成されている場合は、そちらを添付してください。

東京都訪問看護ステーションにおける認定看護師資格取得支援事業費補助金に関する
歳入・歳出予算書 (抄本)

歳入		歳出	
科目	金額	科目	金額
都補助金	375,000	入学金	100,000
		授業料	800,000
自己資金	525,000		
合計	900,000	合計	900,000
歳入歳出差引額		0 円	

「別紙1 所要額調書」の
(H) 補助所要額を記入

「別紙1-2 所要額調書(個表)」の(D)
対象経費の支出予定額にあるそれぞれの
経費を記入

都補助金以外で、自己資金にて支出
する額を記入

歳入と歳出の額は同額になる

上記の訪問看護ステーションにおける認定看護師資格取得支援事業費補助金に関する歳入歳出予算書は原本と相違ないことを証明します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

提出日を記入

法人名、代表者氏名は
印鑑証明書の記載と一致する。

法人名 株式会社 〇〇〇〇

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同じ印

別紙様式

番 号
平成29年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

所在地・法人名・代表者氏名は
印鑑証明書の記載と一致する。

法人の所在地 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
法人名 株式会社 〇〇〇〇
代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同一の印

平成29年度訪問看護ステーションにおける認定看護師
資格取得支援事業の事業計画書の提出について

標記について、下記のとおり提出します。

記

- 1 事業所の名称 (〇〇〇〇訪問看護ステーション)
- 2 所要額調書 (別紙1、別紙1-2)
- 3 事業計画書 (別紙2)
- 4 対象経費の支出予定額内訳書 (別紙3)
- 5 対象経費についての調査票 (別紙様式)
- 6 出願予定の認定看護師教育課程の募集要項の表紙及び入学金、授業料が記載されているページの写し
- 7 申請する者の優先順位について (同事業所から複数名申請する場合)
- 8 その他参考資料

事務担当者	所 属	
	氏 名	
	電話番号	

記入例
対象経費調査票

訪問看護ステーションにおける
認定看護師資格取得支援事業にかかる
対象経費についての調査票

事業所名
連絡先
(担当者名)
(電話番号)

受講者
派遣先教

対象経費について、事業所が負担する割合を記入してください。

事業者が支払う時期について記入してください。全額本人負担の場合、本人が支払う時期について記入してください。

特記事項があれば記入してください。

対象経費	負担割合	事業所が補助する予定額	支払時期	本人一時立替の有無	その他
入学金	全額事業所負担	100,000円	平成30年3月	無	
授業料	本人50%、事業所50%	400,000円	平成30年3月	有	
給与費(※)	全額支給	3,000,000円	平成30年6月～平成31年2月		
認定審査料	全額本人負担	0円	平成31年4月頃	—	

「基本給のみ」「8割程度支給」「支給なしであるが、代替看護職員給与費で申請予定」などと記入してください。

対象経費の支払いについて、受講者が最初に立て替え、後に事業者が受講者に対し支給する場合は「有」、初めから事業者が支払う場合は「無」としてください。全額本人負担の場合は記入は不要です。

職員給与費のことです。

※ 認定看護師教育課程受講期間中の受講