

新任訪問看護師育成支援事業提出書類一覧  
(事業計画書提出時)

事業計画書の提出にあたり、本票で提出書類をチェックの上、計画書の表紙として添付してください。

法人名	株式会社〇〇〇〇
事業所名	〇〇訪問看護ステーション

【補助対象に係る重要な要件です。提出前に必ずチェックしてください。】

■新任訪問看護師（新卒訪問看護師除く）を雇用する場合

本事業の要綱による新任訪問看護師（新卒訪問看護師除く）の対象経費について、補助金の交付を過去に受けたことがない。	✓
--	---

■新卒訪問看護師を雇用する場合

本事業の要綱による新卒訪問看護師の対象経費について、補助金の交付を過去に受けたことがない。	
---	--

番号	提出書類名	提出時	備考
		チェック欄	
1	新任訪問看護師育成支援事業提出書類一覧（本票）	✓	
2	別紙様式 事業計画書の提出について（鑑文）	✓	
3	第1号様式の2 事業計画書	✓	
4	健康診断等の実施状況 ※サービス提供体制強化加算の実績がない場合、勤務形態一覧表に記載してください。	/	
5	前年度の勉強会実績 ※サービス提供体制強化加算の実績がない場合、提出してください。	/	
6	管理者・指導者育成研修（育成定着推進コース）受講修了書（写） ただし本年度受講の場合は申込書（写） ※研修受講修了が要件	✓	
7	様式1（所要額内訳書・総括表）	✓	
8	様式1-2（所要額内訳書・個票）	✓	
9	勤務形態一覧表 【事業計画書提出月のもの】	✓	

※その他必要に応じて、書類の提示又は提出を求める場合があります。

この欄を使用し、必要書類がすべて揃っていることを必ず確認の上、この用紙と必要書類をあわせて提出してください。提出の必要がない書類については、斜線を引いてください。

別紙様式

印鑑証明書と同じ印

捨印

記入例

所在地・法人名・代表者氏名は  
印鑑証明書の記載と一致

令和5年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

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  
代表者職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同じ印

令和5年度訪東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金の事業計画書の提出について

このことについて、東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金に係る事業計画を下記のとおり提出します。

記

- 1 事業所の名称 ( 〇〇訪問看護ステーション )
- 2 事業計画 第1号様式の2のとおり
- 3 所要額内訳 以下の様式のとおり  
【総括表】様式1  
【個表】 様式1-2
- 4 添付資料 (1) 管理者・指導者育成研修申込書(写)又は受講修了書  
(2) 勤務形態一覧表

事務 担当者	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	03-1234-5678
	FAX番号	03-9876-5432
	メールアドレス	*****@***.co.jp

## 事業計画書

1 **ステーションの所在地** 〇〇訪問看護ステーション 名称、所在地、管理者、事業所番号等

名称	〇〇訪問看護ステーション		
所在地	東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号〇〇ビル1階		
指定年月日	平成20年〇月〇日	事業所番号	1360000000
管理者氏名	〇〇 〇〇	管理者の訪問看護歴 (通算/当該事業所)	〇〇年/ 〇〇年
指導者氏名	〇〇 〇〇	指導者の訪問看護歴 (通算/当該事業所)	〇〇年/ 〇〇年
利用者数	〇〇〇人 (令和5年〇月〇日現在)	令和4年度(2022年度)平均月訪問件数(看護職のみ)	〇〇〇件 1人当たり: 〇〇件/月
令和4年度 (2022年度) (年間)の加算算 定状況※1	サービス提供体制強化加算※2		〇〇件
	ターミナルケア加算/訪問看護ターミナルケア療養費		〇〇件/ 〇〇件
	緊急時訪問看護加算/24時間対応体制加算		〇〇件/ 〇〇件
訪問看護経験3年以上かつ当該事業所に1年以上勤務する常勤の看護職の氏名(2名)	〇〇 〇〇		〇〇 〇〇

※1 医療保険・介護保険の各件数を記載ください。

※2 サービス提供体制強化加算の実績がない場合、次の2点が必要です。

①健康保険組合→勤務形態一覧表に記載 ②前年度勉強会実績→別紙を提出

**請求実績を記入**

2 配置従業員数 ※新任採用の場合は、常勤換算後7人未満が補助要件です。(単位:人)

	看護師		准看護師		保健師		合計	理学療法士等		携帯 当番者数
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務	
常勤										
非常勤										
常勤換算 後の人数										

交付申請書提出月の状況を  
勤務形態一覧表を基に記入  
(矛盾の無いように記載)

※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 新任訪問看護師の外部研修受講計画

対象者	受講月日	研修名	実施団体	目的
〇山△子	令和5年 8月~10月	e-ラーニング	公益財団法人日 本訪問看護財団	訪問看護に必要な基礎知識を 習得するため

育成期間中(雇用開始後8か月間)に受講予定の外部研修(法人内研修は不要)を記入

※研修内容が確認できる書類が

※様式1-2(所要額内訳書・個表)と連動しているため、個表を入力してから、色の付いた項目に必要な事項を入力してください。

様式 1

記入例

令和5年度 東京都新任訪問看護師育成支援事業 所要額内訳書(総括表)

ステーション名 **〇〇訪問看護ステーション**

新任訪問看護師数 (単位:人)	計	うち、新卒訪問看護師(※1)数
	1人	0人

総事業費のうち事業所が負担する額を記入してください。

「差引額(C)」、「対象経費の支出予定額(D)」及び「基準額(E)」のいずれか少ない額になります。

経費	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (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
(1) 給与費	654,321	0	654,321	654,321	810,000	654,321	1/2	327,161	
(2) 外部研修受講経費	16,000	0	16,000	16,000	50,000	16,000	1/2	8,000	
合計	670,321	0	670,321	670,321	860,000	670,321		335,000	

(単位:円)

(自動入力)  
様式1-2「対象期間中の給与費総額(d欄)」と一致します。

(自動入力)  
様式1-2「受講料(g欄)」と一致します。

合計額は、1,000円未満切り捨てになります。

(※1) 「新卒訪問看護師」は、看護師等学校養成所を卒業後、看護職として実務経験のない看護職のことです。

【記入上の注意】

1. 「寄付金その他の収入額(B)」は、該当がある場合はその金額を記入してください。
2. 「対象経費の支出予定額(D)」は、総事業費のうち事業所が負担する額を記入してください。
3. 「選定額(F)」は、「差引額(C)」、「対象経費の支出予定額(D)」及び「基準額(E)」を比較していずれか少ない額になります。
4. 「補助所要額(H)」の合計額に1,000円未満の端数が生じた場合は、端数を切り捨てます。

※色の付いた項目に必要な事項を入力してください。

令和5年度 東京都新任訪問看護師育成支援事業 所要額内訳書（個表）

「採用時状態」について該当する番号を○で囲んでください。

< 新任訪問看護師に係る所要額 >

新任訪問看護師氏名	○山 △子	採用時状態 ※1	1. 訪問看護未経験者 (新卒訪問看護師除く) 2. 新卒訪問看護師	雇用形態 ※2	常勤	採用方法	ナースバンク
所定労働時間（時間数）	9時00分 ~ 17時30分（7.5時間/日）			週当たり勤務日数	5日	週当たり勤務時間数	37.50時間

できる限り具体的に記載してください。

【給与費】

雇用期間	補助対象期間 雇用開始後2か月間 〔ただし、新卒訪問看護師は、雇用開始後6か月間〕	対象期間中勤務日数 a	所定労働時間数 b	通算勤務時間数 (時間) c
自 令和5年8月1日 至 終期の定めなし	自 令和5年8月1日 至 令和5年9月30日	45日	7.50時間	337.50時間

給与費(円)	時給上限額 (円/時間) f	1時間当たり給与費(円) (A)※3	給与費：所要額(円) (B) = (A) × c
対象期間中の給与費総額 d	1時間当たり給与費(時給) e = d/c	2,400	1,939
654,321	1,939	1,939	654,321

【外部研修受講経費】

補助対象期間：雇用開始後8か月間

研修名	受講期間	受講料 g	ステーション 負担受講料 h	受講者負担 受講料 i = h - g	上限額(円/人) j 50,000円 ただし、新卒訪問看護師 は、100,000円	所要額 k k = hとjを比べて少ない金額
e-ラーニング	令和4年8月~10月	16,000	16,000	0	/	/
				0		
				0		
				0		
合計	-	16,000	16,000	0	50,000	16,000

育成期間中(雇用開始後8か月間)に受講する研修が対象になります。

- ※1 当該新任訪問看護師の採用時の状態の番号に○を付けてください。  
なお、「新卒訪問看護師」とは、看護師等学校養成所を卒業後、看護職として実務経験のない看護職のことです。
- ※2 当該新任訪問看護師は、介護保険法の人員基準上、常勤であることが補助要件です。
- ※3 「1時間当たり給与費(A)」は、eとfのいずれか低い額としてください。

## 新任訪問看護師育成支援事業 提出書類一覧 (交付申請時)

交付申請書の提出にあたり、本票で提出書類をチェックの上、申請書の表紙として添付してください。

法人名	株式会社〇〇
事業所名	〇〇訪問看護ステーション

番号	提出書類名	提出時 チェック欄	備考
1	新任訪問看護師育成支援事業提出書類一覧表（本票）	✓	
2	別記第1号様式 交付申請書	✓	
3	別記第1号様式の2（事業計画書）	✓	
4	様式1（所要額内訳書・総括表）	✓	
5	様式1-2（所要額内訳書・個表）	✓	
6	管理者・指導者育成研修（育成定着推進コース）受講修了書（写） ただし本年度受講の場合は申込書（写） ※研修受講修了が要件	✓	
7	印鑑証明書（原本）	✓	
8	参考様式 歳入・歳出予算書（抄本）	✓	
9	定款又は寄付行為の写し	✓	
10	新任訪問看護師の雇入れ通知書（写）等の部署、職務、所定労働時間 が確認できる書類 ※育成期間中の週平均勤務時間が32時間を下回らないことが確認できること。	✓	
11	新任訪問看護師の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写） ※交付申請書提出期限までに通知が到着していない場合は、一時的に省略を認めます。 ただし、到着次第速やかに提出してください。	✓	
12	新任訪問看護師の履歴書（写） ※訪問看護経験（医療機関からのみなし含む）がないことを確認できること	✓	
13	勤務形態一覧表（交付申請書提出月のもの）	✓	

※その他、必要に応じて書類の提出を求める場合があります。

この欄を使用し、必要書類がすべて揃っていることを必ず確認の上、この用紙と必要書類を合わせて提出してください。提出の必要がない書類については、斜線を引いてください。

印鑑証明書と同じ印

捨印

記入例

第1号様式

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

令和5年〇〇月〇〇日

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  
代表者職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同じ印

令和5年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金の交付申請について

このことについて、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 所要額内訳 様式1及び様式1-2のとおり
- 4 添付書類
  - (1) 第1号様式の2
  - (2) 歳入歳出予算書の抄本
  - (3) 印鑑証明書
  - (4) その他参考となる書類

様式1(H)の額  
千円未満切捨て

事務担当者	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	03-1234-5678
	FAX番号	03-9876-5432
	メールアドレス	*****@***.co.jp

印鑑証明書と同じ印

捨  
印

～記入例～  
予算書・決算書 共通

令和5年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金に関する  
歳入・歳出予算書（抄本）

（単位：円）

歳入		歳出	
科目	金額	科目	金額
都補助金	335,000	給与費	654,321
		外部研修受講経費	16,000
「様式1 所要額内訳書（総括表）」の「補助所要額合計（H）」を記入（千円未満切捨て）		「様式1 所要額内訳書（総括表）」の「総事業費（A）」のそれぞれの経費を記入	
自己資金	335,321		
（自動計算入り） 都補助金以外で、 自己資金にて支出 する額を記入		（自動計算入り） 歳入合計と歳出合計の額は同額か、 差引額が0円か確認	
合計	670,321	合計	670,321
歳入歳出差引額		0円	

上記の令和5年度東京都新任訪問看護師育成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。

令和5年〇〇月〇〇日

法人名・役職名・代表者氏名は  
印鑑証明書に記載の内容と一致

法人名

株式会社〇〇

代表者職・氏名

代表取締役 〇〇 〇〇

印

印鑑証明書と同じ印

印鑑証明書と同じ印

捨印

第2号様式

記入例

令和5年〇〇月〇〇日

所在地・法人名・代表者氏名は  
印鑑証明書の記載と一致

東京都知事 殿

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  
代表者職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

令和5年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助

印鑑証明書と同じ印

〇〇年〇〇月〇〇日付〇〇福保高在第〇〇号で交付決定を受けたこのことについて、  
下記により東京都補助金を変更して交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

日付及び文書番号は「交付決定通知書」  
の日付・番号を記入

記

- 事業所の名称 ( 〇〇訪問看護ステーション )
- 変更補助交付金申請額 金 〇〇〇, 〇〇〇円
- 既交付決定額 金 〇〇〇, 〇〇〇円
- 増減額 金 〇〇, 〇〇〇円
- 所要額内訳 様式1及び様式1-2のとおり
- 事業計画書 第1号様式の2のとおり

様式1(H)の額  
千円未満切捨て

事務担当者	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	03-1234-5678
	FAX番号	03-9876-5432
	メールアドレス	*****@***.co.jp