

記入例（実績報告）

（別紙様式 2（訪問看護職員就労支援事業費補助金））

日付は、令和 6 年 4 月 1 日から令和 6 年 4 月 5 日までの日付。

番 号
令和 6 年 4 月 5 日

愛知県知事殿

（住所）

補助事業者名

令和 5 年度訪問看護職員就労支援事業費補助金

実績から算出した補助金額を記載し、より関係書類に記載してください。
申請から金額に変更がある場合は、変更交付申請が必要となります。

住所、補助事業者名については、申請書と同様に記載してください。
補助事業者名には、代表職者氏名も記載してください。
※申請時と住所、補助事業者名、代表職者氏名に変更がある場合は、変更届を提出してください。

- 1 補助金精算額 金 480,000 円
- 2 所要額精算書（別紙 2-1）
対象経費の支出済額明細書（別紙 2-2）
事業実績報告明細書（別紙 2-3）
歳入歳出決算書（別紙 2-4）
- 3 添付書類
その他参考資料

申請の書類（別紙 1-1～別紙 1-4）と類似の様式になります。
実績の数値で御記入ください。
※様式は類似していますが、書類の名称が異なりますので必ず実績の様式（別紙 2-1～別紙 2-4）に記載ください。

記入

別紙2-1 (訪問看護職員就労支援事業費補助金)

当研修事業についての総事業費について記入する。
歳入歳出予算書抄本(様式2-4)の歳出と一致する。

令和5年度 訪問看護職員
 当研修事業について、本補助金以外に寄附金その他の収入額があれば記入する。

当研修事業についての対象経費(人件費)を記入する。
別紙2-(2)の合計と一致する。

新人訪問看護職員の人数を記入する。

新人訪問看護職員数(人数) × 補助基準額180,000円により算出する。

開設者(法人名)を記入する。
 社会福祉法人〇〇、医療法人〇〇、(株)〇〇
 ※ただし、申請を事業所に委任している場合は、事業所名を記入してください。

事業所名	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		選定額 (F)	補助基本額 (G)	(注)1 DとEを比較して少ない額を記入する。 ×1/2 (H)	交付補助金 (注)2 OとFを比較して少ない額を記入する。 (I)	差引不足額 (J)-(I)=(K)	備考
					新人訪問看護職員数 (E)	計 (円)						
〇〇訪問看護ステーション	187,440	0	187,440	187,440	1	180,000	180,000	180,000	90,000	90,000	0	
〇〇訪問看護ステーション	752,400	0	752,400	752,400	3	540,000	540,000	540,000	270,000	270,000	0	
〇〇訪問看護ステーション	240,000	0	240,000	240,000	2	360,000	240,000	240,000	120,000	120,000	0	
合計	1,179,840	0	1,179,840	1,179,840	6	1,080,000	960,000	960,000	480,000	480,000	0	

て※複数事業所がある場合、事業所ごとに分けて記入し

- (注) 1 F欄にはD欄とE欄のいずれか低い方の額を記入すること。
- 2 G欄にはC欄とF欄とを比較して、いずれか低い方の額を記入すること。
- 3 H欄にはG欄の金額に1/2を乗じた金額(ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)を記入すること。
- 4 複数事業所のある場合は、事業所ごとに分けて記入し、最終行に合計欄を作成すること。

(注)3
 Gの金額に1/2を乗じた金額を記入する。
 1,000円未満の端数は切り捨てる。

対象経費の支出済額明細書

区 分	補 助 対 象 経 費	
	支出予定額	算 出 内 訳
人件費	円	
給料	187,440	<p>月20日勤務 8時間/日 円未満切り捨て</p> <p>時給換算1,562円 (250,000円 (月給) ÷ 20日 ÷ 8時間)</p> <p>1,562円 × 120時間 (研修予定時間) = 187,440円</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※通勤手当等については補助対象外経費ですが、看護師であるために支給される手当は補助対象です。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※研修時間については、別紙2-3の研修予定時間の合計と一致する。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※複数事業所がある場合は事業所ごとにこちらの様式を作成してください。その際、様式の右上に事業所名をそれぞれ記入してください。</p> </div>
合 計	187,440	

別紙 2 - 3 (訪問看護職員就労支援事業費補助金)

記入例

受講者 1 名につき、1 枚作成
してください。

事業実績報告明細書

事業所名 □□訪問看護ステーション

受講者名 △△ △△

研修予定期間は、当該年度の 3 月 3 1 日までの日付で、就労開始日から 1 年未満で記載してください。

研修予定期間 令和 5 年 4 月 5 日～令和 6 年 3 月 3 1 日

就労開始日 令和 5 年 4 月 5 日

研修内容	研修予定時間	予定研修指導者
<ul style="list-style-type: none"> 4 月 5 日～4 月 3 0 日 療養生活環境調整、食事介助、体位変換、口腔ケア、バイタルサインの観察と解釈、安全な体位の保持 自然排尿・排便援助、主治医・ケアマネージャー等の他職種との連絡調整などの連携 (通年) 	1 8 時間 0 0 分	〇〇 〇〇
<ul style="list-style-type: none"> 5 月 1 日～6 月 3 0 日 歩行介助・移動の介助・移送、清拭、洗髪、更衣・整容、浣腸、排便、身体測定、点滴管理、薬剤管理、入浴介助、経口薬の与薬・外用薬・直腸内与薬、薬剤等の管理、パルスオキシメーターによる測定 	2 5 時間 3 0 分	
<ul style="list-style-type: none"> 7 月 1 日～7 月 3 1 日 血糖値測定と検体の取り扱い、リラクゼーション、精神的安寧を保つための看護ケア 	1 3 時間 5 0 分	
<ul style="list-style-type: none"> 8 月 1 日～9 月 3 0 日 関節可動域訓練、廃用性症候群の予防、入眠・睡眠への援助、創傷処置、褥創の予防、 インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察、 経管栄養法、導尿、膀胱内留置カテーテルの挿入と管理、酸素吸入療法、吸引 (口腔内・鼻腔内)、体位ドレナージ 	2 7 時間 1 0 分	
<ul style="list-style-type: none"> 1 0 月 1 日～1 2 月 3 1 日 麻薬の種類・用法の理解と主作用・副作用の観察、 吸引 (気管内)、ネブライザーの実施、 	1 2 時間 3 0 分	
<ul style="list-style-type: none"> 1 月 1 日～3 月 3 1 日 皮下注射、筋肉注射、皮内注射、静脈内注射、死後のケア 	1 3 時間 0 0 分	
合 計	1 2 0 時間 0 0 分	

※座学は研修時間に含まない

研修予定を詳細に記載すること

受講者 1 名につき、本紙を 1 枚作成すること。
研修時間には、訪問先での研修に必要な移動時間を含むことができる。
研修時間には、休憩時間は含まない。

記入例

(別紙様式 2 - 4 (訪問看護職員就労支援事業費補助金))

令和 5 年度歳入歳出決算書 (又は決算見込書)

法人・官公庁の予算書の補助関係部分の抜粋を記載していただくものになります。

款	項	目	予算現額	節		備考
				区分	金額	
訪問看護 事業収益	訪問看護 外収益	補助金	480,000 円	県補助金	480,000 円	

官公庁で款・項・目が分かれている場合はそれぞれ記載してください。
法人等で節の大項目にあたる部分の科目・名称を記載してください。

本補助金以外の歳入を含む場合は、説明欄に補助対象事業分について記載してください。

歳出

款	項	目	予算現額 A	節		支出済額 C	不用額	Cのうち補助対象事業分	備考
				区分	金額				
訪問看護	訪問看護 費用	給与費	8,555,400 円	給料	6,000,400 円	6,000,400 円	0 円	1,741,400 円	
		手当		2,555,000	2,555,000	0 円	0 円		
		車両費							
	販売管理費用	雑費							

交通費、雑費等を同行訪問研修事業として整理している場合は記載してください。

手当については、同行訪問研修に付随する手当等がなければ0円となります。

節に同行訪問研修以外の歳出を含む場合は、備考欄に同行訪問研修にかかる経費(給与費、車両費、その他諸経費等)について記載してください。

※「Cのうち補助対象事業分」の金額は、様式 2 - 1 の総事業費 (A) と同額となります。

官公庁で款・項・目が分かれている場合はそれぞれ記載してください。
法人等で節の大項目にあたる部分の科目・名称を記載してください。

します。

日付は、令和 6 年 4 月 1 日から令和 6 年 4 月 5 日までの日付。

代表者職氏名は、補助事業者名、代表者の職氏名を記載してください。

(注) 節の金額が他の事業を含む場合は