

# 記入例（変更交付申請）

（別紙様式 1（訪問看護職員就労支援事業費補助金））

日付は令和 7 年 3 月 31 日付け

愛知県知事殿

交付申請書と住所や代表者が異なる場合、変更届をご提出ください。

番 号  
令和 7 年 3 月 31 日

（住所） ○○○市……

補助事業者名 ○○法人○○会  
理事長 ○○ ○○

令和 6 年度 訪問看護職員就労支援事業費補助金の変更交付申請について

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

変更後の金額を記入してください。

記

交付申請の様式の標題を「交付申請について」を「変更交付申請について」に変更してください。

1 申請額 金 480,000 円

- 2 事業所要額調書（別紙 1 - 1）  
対象経費の支出予定額明細書（別紙 1 - 2）  
事業計画明細書（別紙 1 - 3）  
歳入歳出予算書（別紙 1 - 4）

別紙様式 1 以外の様式についても交付申請時と同様に、別紙 1 - 1 から別紙 1 - 4 を提出してください。

- 3 添付書類  
その他参考資料

別紙1-1 (訪問看護職員就労支援事業費補助金)

記入例

当研修事業についての総事業費の見込みについて記入する。  
**歳入歳出予算書抄本(別紙1-4)の歳出と一致する。**

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)の見込みを記入する。  
**別紙1-2の合計と一致する。**

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。

補助事業者名 医療法人〇〇

当研修を実施する訪問看護ステーション名を記入する。

※複数事業所がある場合、事業所ごとに分けて記入してください。

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)	補助所要額 (H) ×1/2	備考
					新人訪問 看護職員 数	計 (E)				
	円	円	円	円	人	円	円	円	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	
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	
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	
合計	1,179,840	0	1,179,840	1,179,840	6	1,080,000	960,000	960,000	480,000	

(注1) DとEを比較して少ない額を記入する。

(注2) CとFを比較して少ない額を記入する。

(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。

- (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。

記入例

複数事業所がある場合は、  
事業所ごとに作成

対象経費の支出予定額明細書

事業所名 〇〇訪問看護ステーション

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>△△ △△ (新人職員の名前) 月20日勤務 8時間/日                      時給換算1,562円 (250,000円 (月給) ÷ 20日 ÷ 8時間)                      1,562円 × 120時間 (研修予定時間) = 187,440円</p> <p>円未満切り捨て</p> <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> <p>※研修時間については、別紙1-3の研修予定時間 の合計と一致する。</p> <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>
合 計	187,440	

別紙 1 - 3 (訪問看護職員就労支援事業費補助金)

事業計画明細書

記入例

受講者 1 名につき、1 枚作成  
してください。

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 6 年 4 月 5 日～令和 7 年 3 月 3 1 日

就労開始日 令和 6 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"> <li>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）</li> </ul>	2 8 時間 0 0 分	〇〇 〇〇
	※座学は研修時間に含まない	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	2 5 時間 3 0 分	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	1 3 時間 5 0 分	
	研修内容を詳細に記載すること	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	2 7 時間 1 0 分	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	1 2 時間 3 0 分	
	1 日の研修に係る合計時間数は、10 分未満切り捨てで計上すること (例：45 分→40 分、38 分→30 分)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	1 3 時間 0 0 分	
合 計	1 2 0 時間 0 0 分	

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 1 - 4 (訪問看護職員就労支援事業費補助金))

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。

## 令和 6 年度 歳入歳出予算書抄本

### 歳入

款	項	目	予算現額	節		説明
				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

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。

款	項	目	予算現額	節		説明
				区分	金額	
訪問看護 事業費用	訪問看護 費用	給与費	8,555,400 円	給料	6,000,400 円	1,179,840 円
	販売管理 費用	車両費		手当	2,555,000 円	0 円
		雑費		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。

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。

節に同行訪問研修以外の歳出を含む場合は、説明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。※説明欄の金額は別紙 1 - 1 の総事業費(A)と同額となります。

原本と相違ないことを証明します。

令和 7 年 3 月 3 1 日

代表者職氏名 ○○法人○○会  
理事長 ○○ ○○

日付は、令和 7 年 3 月 3 1 日付。代表者職氏名は、補助事業者名、代表者の役職と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、当該補助対象事業分を説明欄に記入すること。