

別紙様式 1（特定行為研修事業費補助金）

文書番号がある場合は記入⇒

第 ○○○○ 号
令和○年○月○日

愛知県知事殿

原則法人単位での申請となる

（住 所）名古屋市中区三の丸○-○-○
補助事業者名 株式会社○○○
事業所名 訪問看護ステーション○○○
代表者職氏名 代表取締役 ○○ ○○

令和○年度特定行為研修事業費補助金の申請について

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。

記

1 申請額 金 257,000 円 *自動計算

- 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）
事業計画書（別紙 1 - 3）

別添書類を使用する。

3 別添書類

- （1）当該事業に係る歳入歳出予算書（
（2）受講予定者の在職証明書
（3）特定行為研修の受講内容が確認できるもの
（受講決定通知書の写し、受講予定研修要綱の写し等）
（4）その他参考資料

参考様式 1 を使用する。ただし、事業所で
指定の様式がある場合は使用可とする。

認定看護師教育課程（B 課程）を受講する場合は、時間
割、シラバス等、認定看護師教育部分と特定行為研修部
分の時間数が分かる資料を添付する。必要が無い場合は
削除する。

令和〇年度特定行為研修事業所要額調書

1 事業全体

（補助事業者名 株式会社〇〇〇 ）

区分	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)	補助基本額 (G)	補助予定総額 (H)	備 考
研修 受講費用	円 800,000	円 0	円 800,000	円 769,450	円 540,000	円 540,000	円 540,000	円 270,000	
代替職員 確保経費	1,150,000	0	1,150,000	880,000	920,000	880,000	880,000	220,000	
合計	1,950,000	0	1,950,000	1,649,450	1,460,000	1,420,000	1,420,000	490,000	

↑
赤字部分を記入する。その他の部分は自動計算される。
↓

2 今年度補助分

区分	対象経費の支出予定額 (I)		基準額 (J)	選定額 (K)	前年度までの 補助受入額 (L)	今年度 補助予定額 (M)	次年度以降 補助予定額 (N)	備 考
	研修受講状況又は 代替職員雇用月数	金額						
研修 受講費用	月 9	円 577,088	円 405,000	円 405,000	円 0	円 202,000	円 68,000	
代替職員 確保経費	月 1	220,000	230,000	220,000	0	55,000	165,000	
合計		797,088	635,000	625,000	0	257,000	233,000	

(注) 1 研修受講費用の I 欄には、D 欄に対する当該年度末における研修受講月数を記載すること。
2 代替職員確保経費の I 欄には、D 欄に対する当該年度末における代替職員雇用月数とその金額を記載すること。

別紙 1－2（特定行為研修事業費補助金）

対象経費の支出予定額明細書

（補助事業者名 株式会社〇〇〇 ）

区 分	対象経費の総 支出額	令和〇年度				令和〇年度			
		補助対象経費		基準額		補助対象経費		基準額	
		支出予定額	算出内訳	基準額	算出根拠	支出予定額	算出内訳	基準額	算出根拠
研修受講費用	円	円		円		円		円	
入学金	0	0		405,000	研修 1 人× 9 /12月分			135,000	研修 1 人× 3 /12月分
受講料	769,450	577,088	769,450 × 9 /12月分			192,363	769,450 × 3 /12月分		
合計	769,450	577,088		405,000		192,363		135,000	
代替職員確保 経費									
給料	880,000	220,000	1 ヶ月分	230,000	230,000× 1 ヶ月分	660,000	3 ヶ月分	690,000	230,000× 3 ヶ月分
合計	0	220,000		230,000		660,000		690,000	



赤字部分を記入する。その他の部分は自動計算される。

別紙 1－3（特定行為研修事業費補助金）

事業計画書

事業所名 訪問看護ステーション○○○

受講者名	○○ ○○
研修予定期間	令和○年○月○日 ～ 令和○年○月○日
受講指定研修機関名	○○病院
受講予定区分	・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・ろう孔管理関連 ・創傷管理関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ※受講予定科目のうち、選択した区分別科目を記入。
eラーニング受講予定期間	令和○年○月○日 ～ 令和○年○月○日 ※研修期間内であること
演習・実習予定期間	令和○年○月○日 ～ 令和○年○月○日 ※研修期間内であること
代替職員名	○○ ○○ ※代替職員確保経費を申請しない場合は空欄とする。
代替職員雇用予定期間	令和○年○月○日 ～ 令和○年○月○日 ※研修期間内であること ※※代替職員確保経費を申請しない場合は空欄とする。
特定行為研修受講目的	例：現在、上記受講予定区分の特定行為が必要な利用者を受け入れている。研修を受講することで、あらかじめ作成した医師の手順書による上記特定行為のタイムリーな実施が可能となり、看護の質の向上が期待できるため。 受講予定区分 ・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・ろう孔管理関連 ・創傷管理関連 ・血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ※受講予定科目のうち、選択した区分別科目を記入。