（第１号様式）

　　　　 番　　　　　号

　　 年　　月　　日

奈　良　県　知　事　殿

開設者　住　所

法人名

職・氏名

病院等名

　　年度看護職員資質向上支援事業

補助金の交付申請について

　標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

　１　申請額　　　　金　　　　　　　　　円

２　資質向上支援事業所要額調書（第２－１号様式、第２－２号様式）

　３　対象経費の支出予定額算出内訳（第３号様式）

４　受講者活用計画書（第４号様式）

５　受講理由書（第５号様式）

　６　収支予算書

７　その他知事が必要と認める資料

（第４号様式）

**受講者活用計画書**

病院等名：　　　　　　　　　　受講者氏名：

**１　活用の目的等**

|  |  |
| --- | --- |
| 組織における研修等修了者の  導入目的・課題 |  |
| 育成・配置ビジョン |  |
| 修了後に期待する役割 |  |
| 受講者の選定基準 |  |

**２　活用計画**（計画期間（※）：　　　　　年度～　　　　　年度）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修修了後の  経過年 | 勤務する  病院等 | 勤務する  部門・部署 | 担当する業務・  発揮する役割 | 活用ビジョン  （全体） |
| １年目 |  |  |  |  |
| ２年目 |  |  |  |
| ３年目 |  |  |  |
| ４年目 |  |  |  |
| ５年目  以降 |  |  |  |

（※）計画始期：研修を修了する年度の翌年度の４月１日

計画期間：５年間もしくは独自の助成制度で勤務継続を義務づけた期間のうち、長い方の期間

（記入例：感染管理認定看護師の場合）

＜活用目的＞

専任の感染管理担当を配置し、効果的な感染対策を推進する役割を担わせる。

＜担当する業務・発揮する役割＞

・各部署のラウンドにより感染対策に関する問題に対応

・サーベイランス活動の継続による、感染率の低減

・年間３回以上の研修の実施

・コアメンバーへの教育指導

・この様式は、受講者１名につき１枚作成すること。

・受講者等への支援体制が分かる資料を添付すること。

（第５号様式）

受 講 理 由 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名（病院等名） |  | | |
| 氏　名 ・ 年　齢 | （　　　　歳） | | |
| 研修・課程名 |  | コース・分野名 |  |
| 免許取得年月日等 | （保健師） 　　　　年　　　月　　　日  （助産師） 　　　　年　　　月　　　日  （看護師） 　　　　年　　　月　　　日 | | 号  号  号 |

１　受講理由

|  |
| --- |
|  |

２　活動予定ビジョン

|  |
| --- |
|  |

３　修了後、自身に期待されている役割

|  |
| --- |
|  |

（第６号様式）

番　　　　　　　号

年　　　月　　　日

奈　良　県　知　事　殿

開設者　住　所

法人名

職・氏名

病院等名

看護職員資質向上支援事業補助金交付決定前着手届

　看護職員資質向上支援事業補助金交付要綱第９条の規定により、下記条件を了承のうえ、関係書類を添えて届け出ます。

記

１　事業費　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　交付決定前の着手を必要とする理由

３　着手予定年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

４　着手条件

（１）　本事業については、着手から交付決定を受けるまでの間において、計画変更を行わないこと。

（２）　交付決定を受けるまでの間において、天変地異等の事由により、実施した事業に損失が生じた場合、これらの損失は事業実施主体が負担するものとする。

（３）　交付決定を受けた補助金額が交付申請額に達しない場合においても、異議がないこと。

（第７号様式）

概 算 払 請 求 書

　　 金　 　　　　　　円

ただし、　　　　年度看護職員資質向上支援事業補助金

上記金額を請求します。

　　　　　年　　月　　日

　奈良県知事 殿

　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等名

振込先　　金 融 機 関 名

支　 店 　名

種　 　　別

口 座 番 号

（第８号様式）

　　　　番　　　　　号

　　 年　　月　　日

奈　良　県　知　事　殿

開設者　住　所

法人名

職・氏名

病院等名

　　年度看護職員資質向上支援事業

補助金の事業計画変更承認申請について

　　　　　年　　月　　日付け　　　　　号により、交付決定を受けた標記補助金について、下記のとおり変更したいので関係書類を添えて申請します。

1. 変更申請額　　　　金　　　　　　　円
2. 変更の理由
3. 変更の内容

（第９号様式）

　　　　 番　　　　　号

　　 年　　月　　日

奈　良　県　知　事　殿

　住　所

法人名

職・氏名

病院等名

　　年度看護職員資質向上支援事業

補助金の事業実績報告について

　　　　　年　　月　　日付け奈良県指令　　　　　　　　により交付決定を受けた標記補助金について次の関係書類を添えて報告します。

　１　資質向上支援事業精算額調書（第10－１号様式、第10－２号様式）

　２　対象経費の実支出額算出内訳（第11号様式）

　３　研修等機関が発行する研修等修了証の写し

　４　収支決算書

　５　助成証拠書類

（病院等が受講者に対し助成を行ったことを証する書類、領収書等）

　６　その他知事が必要と認める資料

（第12号様式）

精算払請求書

　　　金　 　　　　　　円

ただし、　　　　年度看護職員資質向上支援事業補助金

上記金額を請求します。

　　　　　年　　月　　日

　奈良県知事 殿

　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等名

振込先　　金 融 機 関 名

支　 店 　名

種　 　　別

口 座 番 号

（第13号様式）

　　　　 番　　　　　号

　　 年　　月　　日

奈　良　県　知　事　殿

開設者　住　所

法人名

職・氏名

　病院等名

　　　　年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

　　　　　年　　月　　日付け　　　　　　　　により交付決定があった看護職員資質向上支援事業補助金について、交付要綱第１８条の規定に基づき下記のとおり報告します。

記

　１　補助金の確定額又は事業実績報告額

　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額　　　（要補助金返還相当額）

　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

　３　その他　参考となる書類（２の金額の積算内訳等）