

別記
第1号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様

所在地
補助事業者名
代表者名

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金交付申請書

標記について、岐阜県喀痰吸引等研修事業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 喀痰吸引等研修事業補助金所要額調書 別紙1のとおり
- 3 当該事業に関する歳入歳出予算書抄本
- 4 その他参考資料
 - ・業務規程、開催要項等受講料について定められた資料
 - ・実地研修の指導看護師料についてわかる資料

備考 補助事業者名等に係る記載事項は、事業所（登録研修機関）ではなく、法人等に係る事項を記載すること。

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金所要額調書

補助事業者名：

登録研修機関名：

1 所要額調

区分	第三号研修の実地研修受講料(1人当たり)(A)		補助基準額(C)	補助対象研修受講予定者数(D)	選定額(E)=(D)×(B,Cを比較していずれか少ない額)	寄附金その他の収入額(F)	差引後支出予定額(G)=(E)-(F)	補助金所要額(H)=(G)×10/10(千円未満切捨て)
	うち、指導看護師料(1人当たり)(B)							
喀痰吸引(口腔・鼻腔・気管カニューレ)			10,000					
経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻)			10,000					
計	—	—	—					

(注) A欄は、業務規程に定める研修受講者が所属する事業所以外に所属する看護師等が指導看護師等として実地研修を行う場合に係る1人当たりの受講料(損害保険料を除く。)

D欄は、研修受講者が所属する事業所以外に所属する看護師等が指導看護師等として実地研修を行い、かつ指導看護師料の必要な研修受講予定者数

F欄は、用途を当該事業に限定した寄附金等があれば記入すること

区分は、受講料に応じて適宜変更し、必要に応じて行を追加すること

2 研修計画

区分		実地研修年間開催回数(回)(a)	定員/回(人)(b)	実地研修修了見込	
				人数(人)(c)=(a)×(b)	うち研修受講者が所属する事業所以外の指導看護師等が実施する研修修了予定者数(d)
第三号研修	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
計					

(注) 各回ごとに定員が違う場合は分けて記載すること

d欄は、指導看護師料が必要かつ県内在住の利用者に対する研修修了予定者数のみ記載

様

岐阜県知事

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金交付決定通知書

年 月 日付け 第 号で申請のあった 年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金については、岐阜県補助金等交付規則（昭和57年岐阜県規則第8号）第5条第1項の規定により、次のとおり交付することに決定したので同規則第7条の規定により通知します。

記

- 1 補助金の交付対象となる事業（以下「補助事業」という。）は、年 月 日付け 第 号の申請書に記載されているとおりとする。
- 2 補助金の額は、次のとおりとする。ただし、補助事業の内容が変更された場合における補助金の額については、別に通知するところによるものとする。

補助金の額 金 円

- 3 岐阜県補助金等交付規則及び喀痰吸引等研修事業補助金交付要綱（平成27年 月 日付け障第 号岐阜県健康福祉部長通知）に従わなければならない他、次の条件を守らなければならない。
 - (1) 補助対象事業の内容を変更し、もしくは事業を中止し又は廃止しようとするときは、あらかじめ知事に申請してその承認を受けなければならない。
 - (2) 補助対象事業に係る経費の収支を明らかにした書類、帳簿等を作成し、これを補助対象事業が完了した年度の翌年度以後5年間保管しておかななければならない。
 - (3) 補助対象事業に係る事業実績報告は、補助対象事業の完了の日（廃止の承認を受けた場合は当該承認を受けた日。以下同じ。）から起算して30日を経過した日又は補助対象事業の完了の日が属する年度の3月31日のいずれか早い日までに行わなければならない。
- 4 3により付した条件に違反した場合には、この補助金の全部又は一部を取り消すことがある。

第3号様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様

所在地
補助事業者名
代表者名

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金（変更交付・中止・廃止）申請書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった岐阜県喀痰吸引等
研修事業補助金について、次のとおり（変更・中止・廃止）したいので関係書類を
添えて申請します。

- | | | | |
|---|----------|---|---|
| 1 | 申請額（変更後） | 金 | 円 |
| | 既交付決定額 | 金 | 円 |
| | 差引可不足額 | 金 | 円 |
- 2 （変更・中止・廃止）理由

（変更の場合の添付書類）

- 3 喀痰吸引等研修事業補助金所要額調書（変更後） 別紙2のとおり
- 4 当該事業に関する歳入支出予算書抄本（変更後）
- 5 その他参考資料

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金所要額調書（変更後）

補助事業者名：

登録研修機関名：

1 所要額調

区分	第三号研修の実地研修受講料(1人あたり)(A)		補助基準額(C)	補助対象研修受講予定者数(D)	選定額(E)=(D)×(B,Cを比較していずれか少ない額)	寄附金その他の収入額(F)	差引後支出予定額(G)=(E)-(F)	補助金所要額(H)=(G)×10/10(千円未満切捨て)
	うち、指導看護師料(1人あたり)(B)							
喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管カニューレ）			10,000					
経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）			10,000					
計	—	—	—					

(注) A欄は、業務規程に定める研修受講者が所属する事業所以外に所属する看護師等が指導看護師等として実地研修を行う場合に係る1人当たりの受講料（損害保険料を除く。）

D欄は、研修受講者が所属する事業所以外に所属する看護師等が指導看護師等として実地研修を行い、かつ指導看護師料の必要な研修受講予定者数

F欄は、使途を当該事業に限定した寄附金等があれば記入すること

区分は、受講料に応じて適宜変更し、必要に応じて行を追加すること

2 研修計画

区分		実地研修年間開催回数(回)(a)	定員/回(人)(b)	実地研修修了見込	
				人数(人)(c)=(a)×(b)	うち研修受講者が所属する事業所以外の指導看護師等が実施する研修修了予定者数(d)
第三号研修	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
計					

(注) 各回ごとに定員が違う場合は分けて記載すること

d欄は、指導看護師料が必要かつ県内在住の利用者に対する研修修了予定者数のみ記載

様

岐阜県知事

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金変更交付決定通知書

年 月 日付け 第 号で変更交付申請のあった 年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金については、岐阜県補助金等交付規則（昭和57年岐阜県規則第8号）第5条第1項の規定により、次のとおり交付することに決定したので同規則第7条の規定により通知します。

記

- 1 補助金の交付対象となる事業（以下「補助事業」という。）は、年 月 日付け 第 号の申請書に記載されているとおりとする。
- 2 補助金の額は、次のとおりとする。

補助金の額（変更後） 金 _____ 円

- 3 岐阜県補助金等交付規則及び喀痰吸引等研修事業補助金交付要綱（平成27年 月 日付け障第 号岐阜県健康福祉部長通知）に従わなければならない他、次の条件を守らなければならない。
 - (1) 補助対象事業の内容を変更し、もしくは事業を中止し又は廃止しようとするときは、あらかじめ知事に申請してその承認を受けなければならない。
 - (2) 補助対象事業に係る経費の収支を明らかにした書類、帳簿等を作成し、これを補助対象事業が完了した年度の翌年度以後5年間保管しておかなければならない。
 - (3) 補助対象事業に係る事業実績報告は、補助対象事業の完了の日（廃止の承認を受けた場合は当該承認を受けた日。以下同じ。）から起算して30日を経過した日又は補助対象事業の完了の日が属する年度の3月31日のいずれか早い日までに行わなければならない。
- 4 3により付した条件に違反した場合には、この補助金の全部又は一部を取り消すことがある。

第5号様式（第10条関係）

第 号
年 月 日

岐阜県知事 様

所在地
補助事業者名
代表者名

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた 年度岐阜
県喀痰吸引等研修事業について、岐阜県補助金等交付規則第13条の規定により、
下記のとおり報告します。

- | | | | |
|---|-------|---|---|
| 1 | 交付決定額 | 金 | 円 |
| | 実績額 | 金 | 円 |
| | 既交付済額 | 金 | 円 |
- 2 喀痰吸引等研修事業補助金精算書 別紙3のとおり
- 3 研修修了者名簿 別紙3-2のとおり
- 4 当該事業に関する歳入歳出決算（見込）書抄本
- 5 その他参考資料
指導看護師料を支払ったことがわかる資料

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金精算書

補助事業者名：
登録研修機関名：

1 精算額調

区分	第三号研修の 実地研修受講 料(1人当たり) (A)	うち、指導看 護師料(1人当 たり)(B)	補助基準 額(C)	補助対象 研修修了 者数(D)	選定額 (E)=(D)×(B,Cを 比較していずれ か少ない額)	寄附金そ の他の収 入額(F)	差引後支 出予定額 (G)=(E)- (F)	補助金所要 額(H)=(G)× 10/10(千円 未満切捨て)	交付決定 額(I)	精算額(J)= (I)-(H)
喀痰吸引(口腔 ・鼻腔・気管カ ニューレ)			10,000							
経管栄養(胃ろ う・腸ろう・経 鼻)			10,000							
計	—	—	—							

(注) A欄は、業務規程に定める研修受講者が所属する事業所以外に所属する看護師等が指導看護師等として実地研修を行う場合に係る1人当たりの受講料(損害保険料を除く。)

D欄は、研修受講者が所属する事業所以外に所属する看護師等が指導看護師等として実地研修を行い、かつ指導看護師料の必要な研修修了者数

F欄は、用途を当該事業に限定した寄附金等があれば記入すること 区分は、受講料に応じて適宜変更し、必要に応じて行を追加すること

2 研修実績

区分	実地研修実施期間 (a)	研修修了者数(b)	
		うち研修修了者が所属する事業所以外の指導 看護師等が実施した研修修了者数(c)	
第三号研修	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
計			

(注) 研修受講者募集回数ごとに記載すること c欄は、指導看護師料が必要であり、かつ県内に居住する支援対象者に対する研修を修了した人数を記載

別紙3-2

研修修了者名簿

(補助事業者名) _____

(登録研修機関名) _____

第三号研修における実地研修のうち、次の各号に掲げる項目をすべて満たす研修の修了者について記載してください。

一 研修修了者が所属する事業所以外に所属する医師、保健師、助産師、看護師が指導看護師等として実施した者であり、かつ指導看護師料が必要であること

二 研修修了者が支援する対象者が県内に居住していること

	修了証 番号	研修修了 者氏名	修了者の所属事業所 名等		指導看護師等の氏名・所属事業 所		支援対象者の氏名・住所		研修課程 ※1	実地研修開始 年月日	実地研修修了 年月日
			法人名	事業所名	氏名又は法人名	所属事業所名	支援対象者の氏 名	住所地市町村			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											

※1 「研修課程」は、当該研修受講者が修了した「第三号研修（痰吸引）」、「第三号研修（経管栄養）」のいずれかを記載してください。

※2 必要に応じて行を追加してください。

第6号様式（第11条関係）

第 号
年 月 日

様

岐阜県知事

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金交付額確定通知書

年 月 日付け 第 号で交付決定した 年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金については、年 月 日付け 第 号の実績報告書に基づき、交付額を下記のとおり確定します。

記

交付決定額	金	円
交付確定額	金	円

岐阜県知事 様

所在地
補助事業者名
代表者氏名

年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号で補助金の額の確定のあった 年度岐阜県喀痰吸引等研修事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり請求します。

記

補助金請求額	_____	円
1 確定補助金額		円
2 既受領済額		円
3 今回請求額		円
4 残 額		円

振込先金融機関名及び本（支）店名

預金種別

口座名

口座番号