

第1号様式

番 号
年 月 日

香川県知事 殿

補助事業者住所
補助事業者名
代表者職氏名

年度香川県看護師特定行為研修助成事業補助金の交付申請について

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請する。

- 1 申請額 金 _____ 円
- 2 年度事業の実施に要する経費に関する調書 (別紙1)
- 3 事業計画書 (別紙2)
- 4 添付書類
 - ・当該事業に係る歳入歳出予算書の抄本
 - ・その他参考となる資料(看護師の特定行為研修の合格通知等、受講決定書類の写し等)

第2号様式

番 号
年 月 日

香川県知事 殿

補助事業者住所
補助事業者名
代表者職氏名

年度香川県看護師特定行為研修助成事業補助金実績報告書について

年 月 日付 医政第 号をもって交付決定を受けた 年度香川県看護師特定行為
研修助成事業補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告する。

- 1 精 算 額 金 _____ 円
- 2 経費所要額精算書 (別紙3)
- 3 事業実績報告書 (別紙4)
- 4 添付書類
 - ・当該事業に係る歳入歳出決算書抄本
 - ・特定行為研修修了証書の写し
 - ・その他参考となるべき資料
(病院等が負担した支出額が分かる書類等)

請 求 書

(アラビア数字で記載、頭書に㍿の記号を付し、訂正しないでください。)

金 額		十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ただし、
内 訳 香川県看護師特定行為研修助成事業補助金

上記の金額を請求します。

年 月 日

香川県知事 池 田 豊 人 殿

住 所 -

債権者

(フリガナ)
氏 名

法人にあつては、
その名称及び代
表者の職氏名

支 払 の 方 法	口 座 振替払 	銀行 (支) 店								現金払 	隔地払 〔 県外 〕 送金 	小切手払
		貯 金 種 目	当座 	普通 	口座 番号							
		(フリガナ) 口座 名義										

おまけ

- 1 希望する支払の方法の□の箇所にレ印を付してください。

2 口座振替払は、貯金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあつては、該当する預金種目の□箇所にレ印を付してください。

3 現金払は、指定金融機関の店舗名を記載してください。

4 請求者と受領書が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。

5 印影届は、現金払の場合に請求印と同じ印（代理受領者にあつては、代理受領者の印）を押してください。

6 「責任者職氏名・担当者職氏名・連絡先」は、請求印を省略する場合、記載してください。

印 影 届

責任者 職・氏名 :
担当者 職・氏名 :
連絡先 :

第4号様式

番 号
年 月 日

香川県知事 殿

補助事業者住所
補助事業者名
代表者職氏名

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 日第 号により交付決定があった 年度香川県看護師特定行為研修助成事業補助金について、交付決定通知により付された条件に基づき、下記のとおり報告する。

記

- 1 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第15条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金 円

- 2 消費税及び地方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（要県費補助金返還相当額）

金 円

- 3 添付書類

2の消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の積算内訳等

別紙 1

補助金所要額調書

(病院等名：) (円)

受講看護 職員氏名	受講分野	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	補助所要額 H	備考
合 計										

- 注) 1 本表は、交付要綱第 6 条により作成すること。
注) 2 補助所要額は、受講看護職員ごとに算出すること。
注) 3 D欄には前納する納付金（審査料及び受講費）のうち病院及び診療所の負担する経費を記入すること
注) 4 F欄には、C欄の金額、D欄の金額とE欄の金額とを比較して少ない方の額を記入すること。
注) 5 H欄には、G欄の金額の 2 分の 1 を記入すること。（ただし、1,000円未満の端数は、これを切り捨てるものとする。）

事業計画書

1 病院等の概要

(所在地)

(名称)

2 事業計画

(1) 看護師の特定行為研修受講計画

ア 看護師の特定行為研修を実施する施設名

(所在地)

(名称)

(受講分野)

(受講期間)

年 月 日 (入学日) ～ 年 月 日 (修了日)

イ 受講看護職員氏名

(氏名・ふりがな)

(看護師免許、登録番号)

ウ 経費内訳

審査料

受講料

計

上記に対して医療機関が負担する額

 円

※事業計画書は個人ごとに記載すること

別紙3

事業費精算書

(病院等名：) (円)

受講看護職員氏名	受講分野	総事業費 A	寄付金その他の収入額 B	差引額 (A-B) C	対象経費の実支出額 D	基準額 E	選定額 F	補助基本額 G	補助所要額 H	備考
合 計										

- 注) 1 本表は、交付要綱第10条により作成すること。
注) 2 補助所要額は、受講看護職員ごとに算出すること。
注) 3 D欄には前納する納付金（審査料及び受講費）のうち病院及び診療所の負担する経費を記入すること
注) 4 F欄には、C欄の金額、D欄の金額とE欄の金額とを比較して少ない方の額を記入すること。
注) 5 H欄には、G欄の金額の2分の1を記入すること。（ただし、1,000円未満の端数は、これを切り捨てるものとする。）

事業実績報告書

1 病院等の概要

(所在地)

(名称)

2 事業実績報告

(1) 看護師の特定行為研修受講状況

ア 看護師の特定行為研修を実施する施設名

(所在地)

(名称)

(受講分野)

(受講期間)

年 月 日 (入学日) ～ 年 月 日 (修了日)

イ 受講看護職員氏名

(氏名・ふりがな)

ウ 経費内訳

審査料

受講料

計

上記に対して医療機関が負担する額

 円

※事業実績報告書は個人ごとに記載すること

歳入歳出予算書（抄本）

施設名： _____

1 歳入の部

区 分	予 算 額	備 考
香川県特定行為研修助成事業補助金	円	
その他収入（寄附金, その他補助金等）		
事業主負担		
計		

2 歳出の部

区 分	予 算 額	備 考
	円	
計		

上記のとおり原本と相違ないことを証します。

年 月 日

印

歳入歳出決算書（抄本）

施設名： _____

1 歳入の部

区 分	決 算 額	備 考
香川県特定行為研修助成事業補助金	円	
その他収入（寄附金, その他補助金等）		
事業主負担		
計		

2 歳出の部

区 分	決 算 額	備 考
	円	
計		

上記のとおり原本と相違ないことを証します。

年 月 日

印