

新任訪問看護師育成支援事業 提出書類一覧 (実績報告時)

実績報告書の提出にあたり、本票で提出書類をチェックの上、報告書の表紙として添付してください。

法人名	株式会社〇〇
事業所名	〇〇訪問看護ステーション

番号	提出書類名	提出時 チェック欄	備考
1	新任訪問看護師育成支援事業提出書類一覧表（本票）	✓	
2	別記第3号様式 実績報告書	✓	
3	別記第3号様式の2（実績報告書）	✓	
4	様式2（所要額内訳書・総括表）	✓	
5	様式2-2（所要額内訳書・個表）	✓	
6	管理者・指導者育成研修（育成定着推進コース）受講修了書（写） ※研修受講修了を要件とします。	✓	
7	参考様式 歳入・歳出決算書（抄本）	✓	
8	新任訪問看護師のタイムカード（写） ※訪問看護未経験者（新卒者除く）は雇用から2か月分、新卒訪問看護師は雇用から6か月分提出してください。	✓	
9	給与明細（写） ※訪問看護未経験者（新卒者除く）は雇用から2か月分、新卒訪問看護師は雇用から6か月分提出してください。	✓	
10	研修受講経費にかかる支払証明書類 ※雇用から8か月間が対象	✓	該当がある場合
11	勤務形態一覧表（実績報告書提出月のもの）	✓	
12	印鑑証明書（原本）		変更の場合のみ

※その他、必要に応じて書類の提出を求める場合があります。

この欄を使用し、必要書類がすべてそろっていることを必ずご確認の上、この用紙と必要書類を一緒にご提出ください。
提出の必要がない書類については、斜線を引いてください。

印鑑証明書と同じ印

捨印

記入例

第3号様式

所在地・法人名・代表者氏名は
印鑑証明書の記載と一致

令和4年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

法人の所在地 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
法人名 株式会社〇〇
代表者職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同じ印

令和4年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金の事業実績報告について

令和4年〇〇月〇〇日付4福保高在第〇〇〇〇号で交付決定を受けた令和4年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金に係る事業実績について、下記の関係書類を添えて報告します。

日付及び文書番号は「交付決定通知書」の
日付・番号を記入

- 1 事業所の名称 (〇〇訪問看護ステーション)
- 2 所要額精算書 様式2及び様式2-2のとおり
- 3 添付書類
 - (1) 第2号様式の2
 - (2) 歳入歳出(収入支出)決算書の抄本
 - (3) 新任訪問看護師のタイムカード(写)、給与明細(写)
 - (4) 勤務形態一覧表
 - (5) その他参考となる書類

事務担当者	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	03-1234-5678
	FAX番号	03-9876-5432
	メールアドレス	*****@***.co.jp

実績報告書

1 訪問看護ステーションの名称、所在地、管理者、事業所番号等

名称	〇〇訪問看護ステーション		
所在地	東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号〇〇ビル1階		
管理者氏名	〇〇 〇〇	事業所番号	1360000000
指定年月日	年 月 日	事業所の指定年月日	

2 配置従業員数

(単位：人)

	看護師		准看護師		保健師		合計	理学療法士等		携帯 当番者数
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務	
常勤										
非常勤										
常勤換算 後の人数										

実績報告書提出月の状況を
勤務形態一覧表を基に記入
(矛盾が無いように記入)

※小数点以下第1位までを記入してください(小数点以下第2位を切り捨てる。)

3 新任訪問看護師の外部研修受講実績

受講日	研修名	学んだこと
令和4年 8月~10月	e-ラーニング	訪問看護に必要な基礎知識を習得するため
育成期間中(雇用開始後8か月間)に受講した外部研修(法人内研修は不要)を記入		

※研修経費の支払証明書等の写しを添付すること。

4 新任訪問看護師の同行訪問実績

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
同行訪問件数	〇〇件	〇〇件	件	件	件	件
同行訪問実施 利用者数(介護保険)	〇〇人	〇〇人	人	人	人	人
同行訪問実施 利用者数				人		人

※新任訪問

ただし、

・育成期間中(雇用開始後2か月間※新卒は6か月間)に実施した同行訪問の実績を記入してください。
※件数は延べ件数、利用者数は実人数 【例】8人の利用者に24件実施→24件、8人

※様式2-2(所要額内訳書・個表)と連動しているため、個表を入力してから、色の付いた項目に必要な事項を入力してください。

様式 2

記入例

令和4年度 東京都新任訪問看護師育成支援事業 所要額内訳書(総括表)

ステーション名 **〇〇訪問看護ステーション**

新任訪問看護師数 (単位:人)	計	うち、新卒訪問看護師(※1)数
	1人	0人

総事業費のうち事業所が負担する額を記入してください。

「差引額(C)」、「対象経費の支出予定額(D)」及び「基準額(E)」のいずれか少ない額になります。

(単位:円)

経費	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)	補助率 (G)	補助所要額 (F) × (G) (H)	備考
(1) 給与費	654,321	0	654,321	654,321	810,000	654,321	1/2	327,161	
(2) 外部研修受講経費	16,000	0	16,000	16,000	50,000	16,000	1/2	8,000	
合計	670,321	0	670,321	670,321	860,000	670,321		335,000	

様式2-2「受講料(g欄)」と一致します。

様式2-2「対象期間中の給与費総額(d欄)」と一致します。

合計額は、1,000円未満切り捨てになります。

(※1) 「新卒訪問看護師」は、看護師等学校養成所を卒業後、看護職として実務経験のない看護職のことです。

【記入上の注意】

- 「寄附金その他の収入額(B)」は、該当がある場合はその金額を記入してください。
- 「対象経費の支出予定額(D)」は、総事業費のうち事業所が負担する額を記入してください。
- 「選定額(F)」は、「差引額(C)」、「対象経費の支出予定額(D)」及び「基準額(E)」を比較していずれか少ない額になります。
- 「補助所要額(H)」の合計額に1,000円未満の端数が生じた場合は、端数を切り捨てます。

記入例

※色の付いた項目に必要な事項を入力してください。

令和4年度 東京都新任訪問看護師育成支援事業 所要額内訳書（個表）

「採用時状態」について該当する番号を○で囲んでください。

< 新任訪問看護師に係る所要額 >

新任訪問看護師氏名	○山 △子	採用時状態 ※1	1. 訪問看護未経験者 (新卒訪問看護師除く) 2. 新卒訪問看護師	雇用形態 ※2	常勤	採用方法	ナースバンク
所定労働時間（時間数）	9時00分 ~ 17時30分 （ 7.5時間/日）			週当たり 勤務日数	5日	週当たり 勤務時間数	37.50 時間

できる限り具体的に記載してください。

【給与費】

雇用期間	補助対象期間 雇用開始後2か月間 <small>〔ただし、新卒訪問看護師は、雇用開始後6か月間〕</small>	対象期間中 勤務日数 a	所定労働 時間数 b	通算勤務時間数 (時間) c
自 令和4年8月1日 至 終期の定めなし	自 令和4年8月1日 至 令和4年9月30日	45日	7.50 時間	337.50 時間

給与費(円)	時給上限額 (円/時間) f	1時間当たり給与費(円)	給与費：所要額(円)
対象期間中の給与費総額 d	1時間当たり給与費(時給) e=d/c	(A)※3	(B) = (A) × c
654,321	1,939	1,939	654,321

【外部研修受講経費】

補助対象期間：雇用開始後8か月間

補助対象期間中に、お支払いした給与費総額をご記入ください。

研修名	受講期間	受講料 g	ステーション 負担受講料 h	受講者負担 受講料 i=h-g	上限額(円/人) j <small>50,000円 ただし、新卒訪問看護師 は、100,000円</small>	所要額 k <small>k=hとjを比べて少ない金額</small>
e-ラーニング	令和4年8月~10月	16,000	16,000	0	/	/
				0		
				0		
				0		
合計			16,000	0	50,000	16,000

育成期間中(雇用開始後8か月間)に受講する研修が対象になります。

※1 当該新任訪問看護師の採用時の状態の番号に○を付けてください。
 なお、「新卒訪問看護師」とは、看護師等学校養成所を卒業後、看護職として実務経験のない看護職のことです。
 ※2 当該新任訪問看護師は、介護保険法の人員基準上、常勤であることが補助要件です。
 ※3 「1時間当たり給与費(A)」は、eとfのいずれか低い額としてください。

印鑑証明書と同じ印

捨
印

～記入例～
予算書・決算書 共通

令和4年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金に関する
歳入・歳出決算書（抄本）

（単位：円）

歳入		歳出	
科目	金額	科目	金額
都補助金	335,000	給与費	654,321
		外部研修受講経費	16,000
「様式1 所要額内訳書（総括表）」の「補助所要額合計（H）」を記入（千円未満切捨て）		「様式1 所要額内訳書（総括表）」の「総事業費（A）」のそれぞれの経費を記入	
自己資金	335,321		
（自動計算入り） 都補助金以外で、 自己資金にて支出 する額を記入		（自動計算入り） 歳入合計と歳出合計の額は同額か、 差引額が0円か確認	
合計	670,321	合計	670,321
歳入歳出差引額		0円	

上記の令和4年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金に関する歳入・歳出決算書は原本と相違ないことを証明します。

令和4年〇〇月〇〇日

法人名・役職名・代表者氏名は
印鑑証明書に記載の内容と一致

法人名

株式会社〇〇

代表者職・氏名

代表取締役 〇〇 〇〇

印

印鑑証明書と同じ印

印鑑証明書と同じ印

捨印

記入例

請 求 書

同封されている補助金額通知書の「2補助金交付決定額」を記載

金 335,000 円

3か所の数字は一致
(同封されている補助金額通知書の「3補助金確定額」)

請求内訳書

交 付 決 定 額 (A)	確 定 額 (B)	今 回 請 求 額 = B
335,000	335,000	335,000

(単位：円)

ただし、令和4年度東京都新任訪問看護師育成支援事業費補助金として、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

日付は空欄でお願いします

殿

所在地・法人名・代表者職・氏名は
印鑑証明書に記載の内容と一致

法人の所在地 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
法人名 株式会社〇〇
代表者職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

印鑑証明書と同じ印

(添付書類)

支払金口座振替依頼書等