様式第１号（第５条関係）

第　　　　　号

（元号）　　年　　月　　日

佐賀県知事　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付申請書

（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業について、補助金の交付を受けたいので、佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付要綱第５条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　交付の対象となる施設等の名称

２　交付の対象となる施設等の所在地

３　事業の目的

４　訪問看護ステーション規模拡大計画書【別紙１及び1-1】

５　事業の効果

６　事業完了予定年月日　　　　　　　　（元号）　　　年　　　月　　　日

７　補助金交付申請額 　　　 　　金　　　　　　　　　円

８　収支予算（見込）書抄本

添付書類

１　訪問車両等の備品購入に係る見積書等

２　暴力団排除に係る誓約書【別紙２】

３　過去に補助を受けた実績報告書【様式第４号（第８条関係）、別紙３及び別紙３-１】の写し

　※訪問車両の補助をうけた場合は、実績報告書に添付した車検証もしくは訪問車両の写真も提出すること。

４　前各号に掲げるもののほか、知事が必要と認める書類

※　申請日の（元号）は申請時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

※　様式中の（元号）は申請時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

様式第２号（第６条関係）

第　　　　　号

（元号）　　年　　月　　日

佐賀県知事　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金変更承認申請書

（元号）　　年　　月　　日付け長寿第　　　　　号で交付決定通知のあった（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業について、変更承認を受けたいので、佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付要綱第６条第２項の規定により、下記のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　１　交付決定を受けた施設等の名称

２　既交付決定額　　　　　　金　　　　　　円

３　変更後の交付申請額　　　金　　　　　　円

４　変更理由

添付書類

１　訪問看護ステーション規模拡大計画書【別紙１】

２　訪問車両等の備品購入に係る見積書等

３　前各号に掲げるもののほか、知事が必要と認める書類

※　申請日の（元号）は申請時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

※　様式中の（元号）は申請時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

様式第３号（第６条関係）

第　　　　　号

（元号）　　年　　月　　日

佐賀県知事　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業中止（廃止）承認申請書

（元号）　　年　　月　　日付け長寿第　　　　号で交付決定の通知のあった（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業について、下記の理由により補助事業を中止（廃止）したいので、佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付要綱第６条第３項の規定により申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　交付決定を受けた施設等の名称

２　既交付決定額　　　　金　　　　　　円

３　中止（廃止）理由

※　「中止（廃止）」については、補助事業着手後であれば「中止」、補助事業着手前であれば「廃止」とし、不要な文字を削除すること。

※　申請日の（元号）は申請時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

※　様式中の（元号）は申請時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

様式第４号（第８条関係）

第　　　　　号

（元号）　　年　　月　　日

佐賀県知事　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金実績報告書

（元号）　　年　　月　　日付け長寿第　　　　号にて交付決定を受けた事業が完了したので、佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付要綱第８条第１項の規定により、関係書類を添えて報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１　交付決定を受けた施設等の名称

２　事業の目的

３　補助金の交付決定額及びその精算額

交付決定額　　　金　　　　　　　　円

精算額　　　　　金　　　　　　　　円

４　補助事業の実施期間　　自　（元号）　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　至　（元号）　　年　　月　　日

５　補助事業の実績（添付書類）

６　補助事業の成果

【添付書類】

１　訪問看護ステーション規模拡大実績書【別紙３及び3-1】

２　訪問車両等の備品購入に係る契約書及び領収書の写し、給与台帳等の写し等

（支出内訳が分かるもの）

３　訪問車両購入の場合は車検証の写し

４　前各号に掲げるもののほか、知事が必要と認める書類

※　報告日の（元号）は報告時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

※　様式中の（元号）は報告時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

様式第５号（第９条関係）

第　　　　　号

（元号）　　年　　月　　日

佐賀県知事　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（元号）　　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付請求書

（元号）　　年　　月　　日付け長寿第　　　　号により額の確定通知を受けた（元号）　年度訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付要綱第９条の規定により請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　額の確定を受けた施設等の名称

確定額　　　　金　　　　　　　　　円

請求金額　　　金　　　　　　　　　円

【振込み先】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　 　銀行・信用金庫　　　　　　 　本店・支店　　　　　　　　 農業協同組合　　　　　　 支所・出張所（　　　　　　）　　　 　 （　　 　　） |
| 預金種別 | 普通　　　当座 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （口座番号を右詰で記入して下さい） |
| 口座名義人**（カタカナ）** |  |

※ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関から振込を受ける際に採用するための通帳に印字してある「口座番号」を記入してください。（通帳の「記号・番号」は不可）

（注） ・申請者と補助金振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）を提出してください。

 ・印章は補助金交付申請書等に使用された印章を使用してください。

※　請求日の（元号）は請求時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

※　様式中の（元号）は請求時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

様式第６号（第12条関係）

第　 　　　 号

（元号）　　年　　月　　日

佐賀県知事　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所在地 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 名称及び代表者職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金現況報告書

佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金に係る現況について、下記のとおり報告します。

記

１　額の確定を受けた施設等の名称

２　補助事業にて増員した看護師の現況について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 補助対象年度 | 補助事業により増員した看護師名 | 採用年月日 | 報告日現在の在籍状況 | 在籍していない場合その理由 |
|
| 例 | 令和元年 | 佐賀　太郎 | 令和元年4月1日 | 令和２年○月〇日退職 | 例：自己都合による退職 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※　行が足りない場合は適宜追加すること。

２　補助事業以降の訪問看護師の職員数

　（１）事業実施前　　　　　　名（うち常勤職員　　　名、非常勤職員　　　名）

　（２）事業実施後　　　　　　名（うち常勤職員　　　名、非常勤職員　　　名）

　（３）報告日現在　　　　　　名（うち常勤職員　　　名、非常勤職員　　　名）

※　報告日の（元号）は報告時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること。

別紙１

訪問看護ステーション規模拡大計画書

１　訪問看護師の職員数

　（１）事業実施前　　　　　　名（うち常勤職員　　　名、非常勤職員　　　名）

　（２）事業実施後　　　　　　名（うち常勤職員　　　名、非常勤職員　　　名）

２　訪問車両の保有台数

1. 事業実施前　　　　　　台（うち本補助金での購入数　　　台、その他（自費等）　　　台）
2. 事業実施後　　　　　　台（うち本補助金での購入数　　　台、その他（自費等）　　　台）

３　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 対 象 経 費 （Ａ） | 控　除　額（他の収入）（Ｂ）（注１） | 補助対象経費（Ａ－Ｂ）（Ｃ） | 基準額（Ｄ） | 選　定　額（Ｅ）（注２） | 交付申請額（Ｆ）（注３）（千円未満切捨て） |
| １　人材確保・育成事業　 |  |  |  | （小計） | 2,000,000 |  |  |
| ２　職員研修事業 |  |  |  |
| ３　備品整備事業　 |  |  |  | 3,000,000 |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |

（注１）　控除額（Ｂ）の欄は、この事業の実施に伴い診療報酬、介護報酬、複数名加算による報酬等、寄附金その他の収入があるときに記載すること。

（注２）　選定額（Ｅ）の欄には、補助対象経費（Ｃ）と基準額（Ｄ）のいずれか低い金額を記載すること。

（注３）　交付申請額（Ｆ）の欄には、選定額（Ｅ）に補助率（１人材確保・育成事業＋２職員研修事業：10/10、２備品整備事業：2/3）を乗じて得た金額（千円未満切捨て）以内の金額を記入すること。

（注４）　変更承認申請の際には、各欄を二段書き（上段に変更前、下段に変更後をいずれも黒書）したものであること。

（注５）　対象経費の積算内訳を、別紙１－１により添付すること。

（注６）対象経費（A）は、消費税及び地方消費税を含めないこと。

別紙１-１

積算内訳書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 費目 | 単価 | 数量 | 金額 | 備考 |
| ○○事業△△費□□費 | 円 |  | 円 |  |
| 計 |  |  |  |  |

別紙２

誓約書

下記の事項について誓約します。

記

１　自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

（１）暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２）暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３）暴力団員でなくなった日から５年を経過しない者

（４）自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者

（５）暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者

（６）暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（７）暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の（２）から（７）に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

（元号）　　年　　月　　日

〔　（元号）は提出時点の元号に書き換えて、カッコを外して記載すること　〕

　　　　　　住所

　　　　　　　　　〔 法人、団体にあっては事務所所在地 〕

　　　　　 ふりがな

氏名

　　　 　　　　　 〔 法人、団体にあっては法人・団体名、代表者職氏名 〕

　　　　　　（代表者）生年月日　　　　年　　月　　日　　性別　男・女

注1　氏名の欄は、本人が自署すること。ただし、法人の場合は、本申請の担当部署の責任者（所属長レベルを想定）の氏名の自署を付記し、法人代表者の氏名及びふりがなを記名とすることができる。

注2　法人の場合にあっては、本申請の担当部署の責任者（1と同様）及び担当者の所属部署、役職、氏名及び連絡先を確認することができる書面を添付すること。ただし、他の方法により本人確認を行うことができる場合は、この限りでない。

　県では、行政事務全般から暴力団等を排除するため、申請者に暴力団等でない旨の誓約をお願いしています。なお、内容確認のために佐賀県警察本部に照会を行う場合があります。

　提供いただいた個人に関する情報は、佐賀県訪問看護ステーション規模拡大支援事業費補助金交付事務の目的を達成するため及び誓約事項の確認のために使用します。

別紙３

訪問看護ステーション規模拡大実績書

１　訪問看護師の職員数

　（１）事業実施前　　　　　　名（うち常勤職員　　　名、非常勤職員　　　名）

　（２）事業実施後　　　　　　名（うち常勤職員　　　名、非常勤職員　　　名）

　（３）補助事業により増員した訪問看護師の在籍期間

（元号）　年　　月　　日に採用した看護師は、採用日から（元号）　年　　月　　日まで在籍した　・　事業完了時点も在籍している

　　　　※（元号）は提出時点の適切な元号に書き換えて、カッコを外して記載すること

※増員した看護師が複数の場合は行を追加し、増員した看護師それぞれについて在籍期間を記載すること

２　訪問車両の保有台数

1. 事業実施前　　　　　　台（うち本補助金での購入数　　　台、その他（自費等）　　　台）
2. 事業実施後　　　　　　台（うち本補助金での購入数　　　台、その他（自費等）　　　台）

３　実績報告　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 対 象 経 費（Ａ） | 控　除　額（他の収入）（Ｂ）（注１） | 補助対象経費（Ａ－Ｂ）（Ｃ） | 基準額（Ｄ） | 選　定　額（Ｅ）（注２） | 実　績　額（Ｆ）（注３）（千円未満切捨て） |
| １　人材確保・育成事業 |  |  |  | （小計） | 2,000,000 |  |  |
| ２　職員研修事業 |  |  |  |
| ３　備品整備事業 |  |  |  | 3,000,000 |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |

　４　控除額の有無及びチェックについて

　　　控除額　有・無

　　　□人件費を補助申請している期間のすべての訪問において、同行訪問を実施済み。

　　　□診療報酬・介護報酬・複数名加算による報酬等のいずれも発生していない。

　　　□寄附金その他の収入なし。

（注１）控除額（Ｂ）の欄は、この事業の実施に伴い診療報酬、介護報酬、寄附金その他の収入があるときに記載すること。

（注２）選定額（Ｅ）の欄には、補助対象経費（Ｃ）と基準額（Ｄ）のいずれか低い金額を記載すること。

（注３）実績額（Ｆ）の欄には、選定額（Ｅ）に補助率（１人材確保・育成事業＋２職員研修事業：10/10、３備品整備事業：2/3）を乗じて得た金額（千円未満切捨て）と交付決定額のいずれか低い金額を記入すること。

（注４）対象経費の精算内訳を、別紙３－１により添付すること。

（注５）対象経費（A）は、消費税及び地方消費税を含めないこと。

別紙３-１

精算内訳書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 費目 | 単価 | 数量 | 金額 | 備考 |
| ○○事業△△費□□費 | 円 |  | 円 |  |
| 計 |  |  |  |  |