

記入例

様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）

文書管理番号等で管理を行っている場合に番号等を記入。ない場合は空欄で大丈夫です。

訪問看護提供体制充実事業費補助金交付申請書

申請書類の提出日（遅くとも〆切日）

第 号

令和7年〇月〇日

静岡県知事 鈴木 康友 様

静岡県内の場合は市町名から、
県外の場合は都道府県名から記入

所在地 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 222

名称 株式会社しずおかけん

（訪問看護ステーションしずおかけん）

代表者 代表取締役 静岡 健一

法人名を記入
（ステーション名はカッコ内に記入。
代表者は法人の代表者）

令和7年度において訪問看護提供体制充実事業を実施したいので、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 交付申請

(1) 金額 189,000 円

(2) 事業の目的 新任訪問看護師を同行訪問研修により育成することで、〇〇市△△地域における訪問看護の提供体制を一層充実させる。

全体事業費でなく補助金額を記入

（事業費の1/2又は上限271,000円、1,000円未満切り捨て）

事業の目的を簡潔に記入

口座振替先 金融機関名 静岡銀行

支店名 県庁支店

口座種別 普通

口座番号 1234567

口座名義人(カナ) カブシキガイシャシズオカケン

(注) 以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名 所長 清水 次郎

作成者 職・氏名 事務 草薙 健三

上で記入した法人の決済口座を記入

※過去、本補助金以外でも県から補助金等の支払を受けた事が無い場合には、事前に口座登録が必要なので、別紙の「口座振替による支払及びファクスによる口座振替通知登録申出書」に必要事項を記入し、口座の情報（通帳のコピー等）を添えて御提出ください。

責任者：書類作成の最終意思決定者（書類提出の稟議等で最後に決裁を行う者）

作成者：実際に書類作成を行った者

様式第2号（用紙 日本産業規格A4縦型）

事業計画書

1 訪問看護ステーション及び開設者の名称、所在地、事業所番号等

訪問看護ステーションの名称	訪問看護ステーションしずおかけん			
訪問看護ステーションの所在地	〒420-8601 静岡県葵区追手町9番6号		法人名を記入 (代表者名ではない)	
開設者の名称	株式会社しずおかけん			
開設者の所在地	〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館222			
指定年月日	平成20年4月1日	事業所番号	2264000000	
事務担当部署・氏名・連絡先				
担当部署名	事務	連絡先	電話	054-XXX-XXX
担当者名	草薙 健三		FAX	054-XXX-XXX
			Eメール	XXXXXXXXXXXX@XXXX.co.jp
			資料等送付先	事業所住所

(注) 組織体制が分かる書類を添付すること。

ステーションの体制図を添付。

※指導職員が在籍していることを確認します。

2 対象となる新任訪問看護職員

氏名	資格	就労開始日	同行訪問研修予定(実績)期間	雇用形態
安倍川春子	看護師	令和7年4月1日	令和7年4月1日～令和7年6月30日	常勤
用宗 夏子	看護師	令和8年2月1日	令和8年2月1日～令和8年3月31日	非常勤

3 同行訪問研修で指導を行う看護職員

氏名	資格	勤務期間	雇用形態
焼津 秋子	看護師	13年	常勤
藤枝 冬子	准看護師	4年	非常勤

期間が3か月に満たなくても、3月31日で終了

※現時点で、採用者が決まっていない場合、「未定」で記載。

※表が足りない場合には追加してください。

4 総事業費

給料相当額(a)	総研修実施時間(b)	総事業費(A=a×b)
1,890円	201時間	379,890円

(注) (b)欄は、1時間未満は切り捨てること。

研修時間の総合計を記入

※研修の記録簿など、時間数合計がわかる書類を添付

※採用未定の場合、補助金満額となる「287時間」と見込みを御記入下さい

様式第3号の

総事業費(A)と一致

様式第3号（用紙 日本産業規格A4横型）

経費所要額調

（単位：円）

総事業費 (A)	寄附金その他の 収入額 (B)	差引事業費 (A)-(B)= (C)	補助対象経費の実 支出(予定)額 (D)	補助基準額 (E)	選定額 (F)	補助所要額 (G)	備考
379,890 様式2号の4総事業費 から転記	0 同行研修実施に関して、 他の補助金を利用してい る場合には金額を入力 無ければ「0」	379,890	379,890 補助金の対象として申請 したい額を記入 特殊な事情が無い場合は 「C欄」を転記	542,400 180,800円×研修期間(月数) 1月に満たない場合には、 日数按分により計算 1月以上2月までは2月、 2月以上は3月で計算	379,890 D,Eを比べて安い方	189,000 Fを1/2して、 1,000円未満切り捨て	

(注)

- 1 E欄は、別表に定める基準額を記入すること。
- 2 F欄は、D欄の額とE欄の額を比較して、いずれか少ない額を記入すること。
- 3 G欄は、C欄の額とF欄の額を比較して、いずれか少ない額に別表に定める補助率を乗じた額（1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額）を記入すること。
- 4 変更経費所要額調の場合は、変更前の金額を上段に括弧書きし、変更後の金額を下段に記入すること。

様式第4号（用紙 日本産業規格A4縦型）

収支予算書

1 収入の部

区 分	予 算 額		比 較		備 考
			増	△減	
県補助金	円 189,000	円	円	円	
自己資金	190,890				
			計—県補助金		
計	379,890		様式第3号の 総事業費(A)と一致		

2 支出の部

区 分	予 算 額		比 較		算出基礎
			増	△減	
訪問看護 提供体制 充実事業	円 379,890	円	円	円	
			様式第3号の 総事業費(A)と一致		
計	379,890				

（注）変更収支予算書の場合は、変更前の金額を上段に括弧書きし、変更後の金額を下段に記入すること。