

千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

- 第1条 知事は、県内の在宅医療の推進や医師の負担軽減のため、特定行為研修又はB課程認定看護師教育機関（以下「特定行為研修等」という。）を受講しようとする自施設の看護師（以下「受講者」という。）を支援する病院等の開設者に対し、受講に要する経費の一部について、予算の範囲内において、千葉県補助金等交付規則（昭和32年千葉県規則第53号。以下「規則」という。）及びこの要綱に基づき補助金を交付する。
- 2 この要綱に規定する補助金は、千葉県地域医療介護総合確保基金を財源として実施するものとする。

(定義)

- 第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。
- (1) 「病院等」とは、医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に定める病院（千葉県病院局が設置する病院を除く。）、医療法第1条の5第2項に定める診療所及び介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項本文の指定に係る同法第8条第1項に規定する居宅サービス事業（同条第4項に規定する訪問看護に係るものに限る。）を行う事業所をいう。
- (2) 「特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第4号に規定する研修をいう。
- (3) 「B課程認定看護師」とは、公益社団法人日本看護協会が認定したB課程認定看護師教育機関を修了し、公益社団法人日本看護協会の審査に合格した看護師をいう。

(補助対象事業及び経費等)

- 第3条 補助の対象となる事業（以下「補助事業」という。）の補助対象及び経費等は、別表のとおりとする。
- 2 前項の規定にかかわらず、補助を受けようとする事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、理事若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。以下同じ。))が次の各号のいずれかに該当する者であるときは、当該事業は、補助の対象とならない。
- (1) 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6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）
- (2) 次のいずれかに該当する行為（イ又はウに該当する行為であつて、法令上の義務の履行としてするものその他正当な理由があるものを除く。）をした者（継続的に又は反復して当該行為を行うおそれがないと認められる者を除く。）
- ア 自己若しくは他人の不正な利益を図る目的又は他人に損害を加える目的で、情を知つて、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2号に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）又は暴力団員を利用する行為
- イ 暴力団の活動を助長し、又は暴力団の運営に資することとなることを知りながら、暴力団員又は暴力団員が指定した者に対して行う、金品その他の財産上の利益若しくは便宜の供与又はこれらに準ずる行為
- ウ 県の事務又は事業に関し、請負契約、物品を購入する契約その他の契約の相手方（法人その他の団体にあつては、その役員等）が暴力団員であることを知りながら、当該契約を締結する行為
- (3) 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

(申請)

第4条 規則第3条の規定による補助金の申請をしようとする者は、知事が定める期日までに千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金交付申請書(別記第1号様式)を知事に提出しなければならない。

(交付の条件)

第5条 規則第5条に規定する必要な条件は、次のとおりとする。

- (1) 補助事業の内容の変更(知事の定める軽微な変更を除く。)又は事業に要する経費の配分の変更(それぞれの区分の配分額のいずれか低い額の10パーセント以内の変更を除く。)をする場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (2) 補助事業を中止し、又は廃止する場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (3) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合においては、速やかに知事に報告し、その指示を受けなければならない。
- (4) 補助事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該帳簿及び証拠書類を事業完了の日(第2号の規定により補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。
- (5) 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額(補助対象経費に含まれる消費税及び地方消費税相当額のうち、消費税法(昭和63年法律第108号)に規定する仕入に係る消費税額として控除できる部分の金額と当該金額に地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する地方消費税率を乗じて得た金額との合計額に補助率を乗じて得た金額をいう。以下同じ。)が確定した場合は、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書(別記第2号様式)により速やかに知事に報告しなければならない。この場合において、当該仕入控除税額の全部又は一部を県に納付させることがある。

(承認の申請)

第6条 前条第1号又は第2号の規定により承認を受けようとするときは、その理由及び内容を記載した千葉県看護師特定行為研修等支援事業変更(中止・廃止)承認申請書(別記第3号様式)を知事に提出しなければならない。

(実績報告)

第7条 規則第12条の規定により実績報告をしようとするときは、補助事業完了後1箇月以内(第5条第2号の規定により補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認の日から1箇月以内)又は補助金の交付の決定に係る年度の翌年度の4月10日のいずれか早い日までに千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金実績報告書(別記第4号様式)を知事に提出しなければならない。

(交付の請求)

第8条 規則第15条の規定により補助金の交付を受けようとするときは、千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金交付請求書(別記第5号様式)を知事に提出しなければならない。

(概算払の請求)

第9条 規則第16条第2項の規定により補助金の概算払を受けようとするときは、千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金概算払請求書(別記第6号様式)を知事に提出しなければならない。

(暴力団密接関係者)

第10条 規則第17条第1項第3号の知事が定める者は、第3条第2項第2号又は第3号に

該当する者（補助事業を行う者が法人その他の団体である場合にあっては、その役員等が同項各号のいずれかに該当する者である法人その他の団体）とする。

附 則

この要綱は、令和4年7月25日から施行し、令和4年度分の予算に係る補助金から適用する。

別表（第三条第一項）

| 補助対象 | 経費 | | 補助額 |
|-------------|--|--|---|
| | 基準額 | 対象経費 | |
| 病院等の 開設者 | 受講者（※）1人当 たり750千円 ※補助金の交付の決 定を受けた年度の末 日までに特定行為研 修等を修了する者に 限る | 受講のために必要な経費 （入学金、受講料、実習費、 教材費、参考図書費） ただし、申請年度の受講期 間に係る経費のうち、補助対 象者が負担した経費（申請年 度の前年度に負担した経費を 含む）に限る。 | 左記基準額欄に定 める基準額と対象経 費欄に定める対象経 費を比較して、少ない 方の額に2分の1を 乗じて得た額 |

備考 補助金額に1,000円未満の端数が生じた場合は、その端数は切り捨てるものとする。

第1号様式

年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

補助事業者 住 所
氏 名

年度において千葉県看護師特定行為研修等支援事業を実施したいので、千葉県補助金等交付規則第3条の規定により関係書類を添えて申請します。

1 申請金額 円

2 添付書類

(1) 千葉県看護師特定行為研修等支援事業所要額調書 (別紙1)

(2) 千葉県看護師特定行為研修等支援事業計画書 (別紙2)

(3) 誓約書 (別紙3) 及び役員等名簿 (別紙3の1)

※市町村、広域連合及び一部事務組合を除く

(4) 歳入歳出予算書 (見込書) の抄本

(5) 特定行為研修等受講者の履歴書及び在職証明書

(6) 特定行為研修等受講者の受講内容が確認できるもの (受講決定通知書の写し等)

年度 千葉県看護師特定行為研修等支援事業所要額調書

施設の名称：

| 施設の区分 | 受講者数 | 総事業費 | 寄付金 その他の収入額 | 差引額 (A - B) | 対象経費の 支出予定額 | 施設の負担額 | 基準額 | 選定額 | 補助基本額 | 補助所要額 |
|-------|------|------|----------------|----------------|----------------|--------|-----|-----|-------|-------|
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| | 人 | 円 | 円 | 円 | 円 | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | | | |

注

- 1 本表は、別表により作成すること。
- 2 施設の区分欄には、病院、診療所、訪問看護ステーションの別を記載すること。
- 3 F欄には、受講者数に別表の基準額を乗じて得た金額を記載すること
- 4 G欄には、E欄の金額とF欄の金額を比較して少ない方の金額を記載すること。
- 5 H欄には、G欄の金額を記載すること。
- 6 I欄には、H欄の金額の2分の1を乗じて得た金額を記載すること（1,000円未満の端数は切り捨てる。）。

年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業計画書

施設の名称：

| 受講者名 | 特定行為研修指定研修機関名 又は B 課程認定看護師養成校名 | 特定行為区分名又は B 課程認定看護師分野名 | 研修期間 | 研修出張 予定日数 |
|------|-----------------------------------|------------------------|--------------------|--------------|
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |

誓約書

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

(法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名)

㊟

補助金の交付を申請した事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、理事若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。））が千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金交付要綱第3条第2項各号のいずれにも該当せず、将来においても当該各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、補助金等の交付申請をするに当たり、上記内容に該当しないことを確認するため、千葉県が千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、補助金の交付を受けられないこと又は補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

注意事項

- ※ 本人が自署で作成する場合、押印は原則廃止とし、第三者が作成する場合は原則存続とする。
- ※ 本人の自署とする場合は、本人確認書類の写しを添付すること。

役員等名簿

| 番号 | 商号又は名称（半ｶﾀ） | 商号又は名称（漢字） | 氏名（半ｶﾀ） | 氏名（漢字） | 生年月日 | | | | 性別 (M・F) | 住 所 | 職 名 |
|----|-------------|------------|---------|--------|------------|---|---|---|-------------|-----|-----|
| | | | | | 元号 MTSH | 年 | 月 | 日 | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |

現在における（私・当法人（団体））の役員等名簿に相違ありません。

年 月 日

住所（法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地）

氏名（法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名）

㊤

役員等名簿には、補助を受けようとする事業を行う者が

- ・個人である場合は本人を記載すること。
- ・法人その他の団体である場合は、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準じる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。）を記載すること。
ただし、当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者については、本件補助金の申請に関する権限又は補助事業の執行に関する契約を締結する権限を委任されている者を除き省略することができる。

注意事項

- ・本人が自署で作成する場合、押印は原則廃止とし、第三者が作成する場合は原則存続とする。
- ・本人の自署とする場合は、本人確認書類の写しを添付すること。

第2号様式

年 月 日

千葉県知事 様

住所
補助事業者 名称
代表者名

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 日付け千葉県 指令第 号で補助金交付の決定のあった 年度
千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金について、千葉県看護師特定行為研修等支
援事業補助金交付要綱第5条第5号の規定により下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金等の額の確定額 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（要返納相当額） 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

第3号様式

千葉県看護師特定行為研修等支援事業変更（中止・廃止）承認申請書

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

補助事業者 名 称

代表者名

年 月 日付け千葉県 指令第 号で補助金交付決定のあった 年度
千葉県看護師特定行為研修等支援事業の実施について、次のとおり事業内容を変更（中
止・廃止）したいので、千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金交付要綱第6条の
規定により承認を申請します。

- 1 変更（中止・廃止）の内容
- 2 変更（中止・廃止）の理由

第4号様式

千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金実績報告書

年 月 日

千葉県知事 様

補助事業者 住所
名称
代表者名

年 月 日付け千葉県 指令第 号で交付決定のあった 年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業について、千葉県補助金等交付規則第12条の規定により関係書類を添えて報告します。

- 1 千葉県看護師特定行為研修等支援事業精算書（別紙1）
- 2 千葉県看護師特定行為研修等支援事業実績報告書（別紙2）
- 3 歳入歳出決算書（見込額）の抄本
- 4 補助対象経費の受講者への補助を証明する書類
- 5 特定行為研修等受講者が受講を修了したことが確認できるもの（修了証の写し等）
- 6 その他参考となる書類（該当がある場合のみ添付）

年度 千葉県看護師特定行為研修等支援事業精算書

施設の名称：

| 施設の区分 | 受講者数 | 総事業費 | 寄付金 その他の収入額 | 差引額 (A - B) | 対象経費の 支出済額 | 施設の負担額 | 基準額 | 選定額 | 補助基本額 | 補助金交付決定額 | 補助金受入済額 | 補助所要額 (H - J) |
|-------|------|------|----------------|----------------|---------------|--------|-----|-----|-------|----------|---------|------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| | 人 | 円 | 円 | 円 | 円 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | | | | | |

注

- 1 本表は、別表により作成すること。
- 2 施設の区分欄には、病院、診療所、訪問看護ステーションの別を記載すること。
- 3 F欄には、受講者数に別表の基準額を乗じて得た金額を記載すること
- 4 G欄には、E欄の金額とF欄の金額を比較して少ない方の金額を記載すること。
- 5 H欄には、G欄の金額を記載すること。

年度 千葉県看護師特定行為研修等支援事業実績報告書

施設の名称：

| 受講職員名 | 特定行為研修指定研修機関名 又は B 課程認定看護師養成校名 | 特定行為区分名又は B 課程認定看護師分野名 | 研修期間 | 研修出張 日数 |
|-------|-----------------------------------|------------------------|--------------------|------------|
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |
| | | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日 |

第5号様式

千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金交付請求書

年 月 日

千葉県知事 様

補助事業者 住所
名称
代表者名 ㊟

年 月 日付け千葉県 達第 号で額の確定のあった 年度千葉県
看護師特定行為研修等支援事業補助金を千葉県補助金等交付規則第15条の規定により、
次のとおり交付されるよう請求します。

金 円

| 振込金融機関本（支）店名 | 預金種別・口座番号・口座名義 |
|--------------|----------------|
| | |

※押印を省略し請求を行う場合は下記事項を記載してください。

| 押印省略により請求 | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 本件責任者氏名 | | |
| 本件担当者氏名 | | |
| 連絡先 | | |
| ※県確認欄 | | |
| ※在籍確認 | 責任者在籍 有・無 | 担当者在籍 有・無 |
| ※確認日時 | 年 月 日 時 | |
| ※確認方法 | 電話・Eメール | |
| ※相手方確認者名 | | |

第6号様式

千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金概算払請求書

年 月 日

千葉県知事 様

補助事業者 住所
名称
代表者名 ㊟

年 月 日付け千葉県 指令第 号で交付決定のあった 年度千葉県
看護師特定行為研修等支援事業補助金を千葉県補助金等交付規則第16条第2項の規
定により、次のとおり概算払されるよう請求します。

金 円

| 振込金融機関本（支）店名 | 預金種別・口座番号・口座名義 |
|--------------|----------------|
| | |

※押印を省略し請求を行う場合は下記事項を記載してください。

| 押印省略により請求 | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 本件責任者氏名 | | |
| 本件担当者氏名 | | |
| 連絡先 | | |
| ※県確認欄 | | |
| ※在籍確認 | 責任者在籍 有・無 | 担当者在籍 有・無 |
| ※確認日時 | 年 月 日 時 | |
| ※確認方法 | 電話・Eメール | |
| ※相手方確認者名 | | |