様式第１号（要綱第７条関係）

事前協議書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  | 住　　所 |  |
| 担当者名 |  | 連 絡 先 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | |

１　安全確保等の確認

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の状況 |  |  | | |
| 年　　齢 |  | 性　　別 |  |
| 被保険者  番号 |  | 要 介 護  度 等 |  |
| 特 徴 等 |  | | |
| 暴力行為等を行う者の状況  （利用者と同一の　　　　場合は記載不要） |  |  | 利用者  との関係 |  |
| 年　　齢 |  | 性 別 |  |
| 被保険者  番　　号 |  | 要 介 護  度 等 |  |
| 特 徴 等 |  | | |
| 暴力行為等の内 容 |  | | | | |
| 暴力行為等の記　　録 |  | | | | |
| （※行政確認欄） | あり　　　・　　　なし | | | | |

２　第三者による確認

|  |  |
| --- | --- |
| 確認資料 |  |
| 資料作成者 |  |
| 資料等の内容 |  |
| （※行政確認欄） | あり　　　・　　　なし |

３　事業者の対応の確認

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認資料 |  | |
| 記載内容 |  | |
| 対応の状況 | ２人訪問加算の同意依頼（必須） | あり　・　なし |
| その他 | あり　・　なし |
| （※行政確認欄） | あり　　　・　　　なし | |

（判定）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業対象判定  （※行政記入欄） | 事業対象　　　・　　事業対象外 |

様式第１号の２（要綱第７条関係）

事前協議書

（深夜時間帯の２人訪問の場合）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  | 住　　所 |  |
| 担当者名 |  | 連 絡 先 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | |

１　安全確保等の確認

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の状況 |  |  | | |
| 年　　齢 |  | 性　　別 |  |
| 被保険者  番号 |  | 要 介 護  度 等 |  |
| 特 徴 等 |  | | |
| 深夜時間帯における２人訪問の必要性 |  | | | |
| 確認資料 |  | | | |
| （※行政確認欄） | あり　　　・　　　なし | | | | |

２　事業者の対応の確認

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認資料 |  | |
| 記載内容 |  | |
| 対応の状況 | ２人訪問加算の同意依頼 | あり　・　なし |
| （※行政確認欄） | あり　　　・　　　なし | |

（判定）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業対象判定  （※行政記入欄） | 事業対象　　　・　　事業対象外 |

様式第２号（第８条関係）

補助金交付申請書

平成　　年　　月　　日

神 戸 市 長　様

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業について，次の通り補助金を交付願いたく，補助金交付要綱第８条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業 |
| 目的及び内容 | 利用者等からの暴力行為や深夜の時間帯の安全確保などの対策として２人体制での訪問が必要となるケースで，利用者及び家族等の同意が得られず，介護報酬上の２人訪問加算が適用できない場合に，加算相当額の一部を補助することで，訪問看護師・訪問介護員の安全確保を図り，離職防止に資することを目的とする。 |
| 補助金等の額 | 円 |
| 算出の基礎 | 補助基準額　　　　　　　円に２／３を乗じた額  （10円未満の端数は切り捨て。） |
| 添付書類 | ・事業計画書（様式第２号の１）  ・補助事業等に係る収支予算書（様式第２号の２） |

　※　交付申請書は利用者ごとに作成すること

様式第２号の２（第８条関係）

収　支　予　算　書

１　収入の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　目 | 予　算　額 | 内　　　訳 |
| 訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金として | 円 | 当該事業に係る支出予定額に  ２／３を乗じた額  （10円未満の端数は切り捨て。） |
| 事業者負担として | 円 |  |
| 計 | 円 |  |

２　支出の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種類 | 予　算　額 | 内　　　訳 |
| 訪問介護 | 円 | 1回あたり1,030円 |
| 訪問看護 | 円 | 1回あたり2,540円 |
| 訪問看護  （介護補助者が同行する場合） | 円 | 1回あたり2,010円 |
| 介護予防訪問看護 | 円 | 1回あたり2,540円 |
| 介護予防訪問看護  （介護補助者が同行する場合） | 円 | 1回あたり2,010円 |
| 共生型訪問介護 | 円 | 1回あたり800円 |
| 計 | 円 |  |

（注）収支の計は，それぞれ一致する。

様式第３号（第９条関係）

補助金交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

（補助事業者等名）　　　様

神　戸　市　長　　　印

平成　　年　　月　　日付　で申請のあった下記事業について，次のとおり交付することに決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業 |
| 補助金の交付対象事業  及びその内容等 | 上記補助事業等交付申請書に記載のとおり  (利用者：　　　　　　　　分) |
| 補助金の額 | 円 |
| 交付の条件 | ・補助事業者等は，補助金規則及び補助金交付要綱に従うこと。  ・上記のほか，補助事業等の実施に際してその内容等に変更等が生じた場合は，すみやかに市長に報告するとともに必要な手続きを行うこと。 |

様式第４号（第９条関係）

補助金不交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

（補助事業者等名）　　　様

神　戸　市　長　　　印

平成　　年　　月　　日付　で申請のあった平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業については，下記の理由により不交付とすることに決定したので通知します。

記

１　不交付とした理由

様式第５号（第10条関係）

補助金交付決定内容変更承認申請書

平成　　年　　月　　日

神 戸 市 長　宛

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号をもって交付決定のあった平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業について，次のとおり交付決定の内容を変更したいので，承認願いたく申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業 |
| 変更の理由 |  |
| 補助金等の額 | （　　　　　　　　　　　　　円）  円 |
| 算出の基礎 | （　　　　　　　円）  補助基準額　　　　　　　円に２／３を乗じた額  （10円未満の端数は切り捨て。） |
| 添付書類 | ・事業計画書（変更後）（様式第５号の１）  ・補助事業等に係る収支予算書（変更後）（様式第５号の２） |

（注）表中，変更前の金額は上段に（）書き，変更後の金額は下段に記入する。

様式第５号の２（第10条関係）

収支予算書(変更後)

１　収入の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　目 | 予　算　額 | 内　　　訳 |
| 訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金として | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 当該事業に係る支出額に２／３を乗じた額  （10円未満の端数は切り捨て。） |
| 事業者負担として | （　　　　　　　　　　　　）  円 |  |
| 計 | （　　　　　　　　　　　　）  円 |  |

２　支出の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種類 | 予　算　額 | 内　　　訳 |
| 訪問介護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり1,030円 |
| 訪問看護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,540円 |
| 訪問看護  （介護補助者が同行する場合） | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,010円 |
| 介護予防訪問看護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,540円 |
| 介護予防訪問看護  （看護補助者が同行する場合） | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,010円 |
| 共生型訪問看護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり800円 |
| 計 | （　　　　　　　　　　　　）  円 |  |

（注）１　収支の計は，それぞれ一致する。

　　　２　表中，変更前の金額は上段に（）書き，変更後の金額は下段に記入する。

様式第６号（第10条関係）

補助事業等中止（廃止）承認申請書

平成　　年　　月　　日

神 戸 市 長　宛

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号をもって交付決定のあった下記事業について，次のとおり中止（廃止）したいので，承認願いたく申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業 |
| 中止（廃止）の理由 |  |
| 中止（廃止）の期日（期間） | 平成　年　月　日（から平成　年　月　日までの間） |

様式第７号（第10条関係）

補助金交付決定変更通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

（補助事業者等名）　　　様

神　戸　市　長　　　印

平成　　年　　月　　日付　で変更申請のあった下記事業について，次のとおり承認することに決定したので通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業 | |
| 補助金の交付対象事業  及びその内容等 | 上記補助金交付決定内容変更承認申請書に記載のとおり  (利用者：　　　　　　　　分) | |
| 補助金の額 | 当初交付決定額 | 円 |
| 変更交付決定額 | 円 |
| 差引交付決定額 | 円 |
| 交付の条件 | ・本表第２項の交付決定内容変更承認申請書に記載の内容のほか，当初の交付決定通知書（平成　　年　　月　　日付  第　　号）の表第４項「交付の条件」のとおりとする。 | |

様式第８号（第10条関係）

補助事業等中止（廃止）承認通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

（補助事業者等名）　　　様

神　戸　市　長　　　印

平成　　年　　月　　日付　で中止（廃止）申請のあった下記事業について，次のとおり承認することに決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業 |
| 交付決定日・番号 | 平成　　年　　月　　日付　　第　　　号 |
| 中止（廃止）の期日（期間） | 平成　年　月　日（から平成　年　月　日までの間） |

様式第９号（第11条関係）

現状報告書

○事業者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  | 住　　所 |  |
| 担当者名 |  | 連 絡 先 |  |

１　安全確保等の確認

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 暴力行為等を行う者の状況  （利用者と同一の　　　　場合は記載不要） |  |  | 利用者  との関係 |  |
| 年　　齢 |  | 性 別 |  |
| 被保険者  番　　号 |  | 要 介 護  度 等 |  |
| 特 徴 等 |  | | |
| 暴力行為等の状　　況 | 期　　間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 | | | |
|  | | | | |
| 暴力行為等の記　　録 |  | | | | |

２　事業者の対応等の確認

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認資料 |  | |
| 記載内容 |  | |
| 対応の状況 | ２人訪問加算の同意依頼 | あり　・　なし |
| その他 | あり　・　なし |

|  |  |
| --- | --- |
| 行政記入欄 |  |

様式第10号（第12条関係）

補助事業等実績報告書

平成　　年　　月　　日

神 戸 市 長　宛

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定のあった平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業について，次の通りその実績を報告します。

記

　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　円）

１　補助金の額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　関係書類

　　（１）事業実績報告書（様式第10号の１）

　　（２）補助事業等に係る収支決算書（様式第10号の２）

（注）交付決定内容を上段に（ ）書き，実績を下段に記入する。

様式第10号の２（第12条関係）

収支決算書

１　収入の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　　目 | 決　算　額 | 内　　　訳 |
| 訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金として | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 当該事業に係る支出額に２／３を乗じた額  （10円未満の端数は切り捨て。） |
| 事業者負担として | （　　　　　　　　　　　　）  円 |  |
| 計 | （　　　　　　　　　　　　）  円 |  |

２　支出の部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種類 | 決　算　額 | 内　　　訳 |
| 訪問介護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり1,030円 |
| 訪問看護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,540円 |
| 訪問看護  （介護補助者が同行する場合） | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,010円 |
| 介護予防訪問看護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,540円 |
| 介護予防訪問看護  （看護補助者が同行する場合） | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり2,010円 |
| 共生型訪問看護 | （　　　　　　　　　　　　）  円 | 1回あたり800円 |
| 計 | （　　　　　　　　　　　　）  円 |  |

（注）１　収支の計は，それぞれ一致する。

　　　２　表中，申請の金額は上段に（）書き，決算の金額は下段に記入する。

様式第11号（第13条関係）

補助金額等確定通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

（補助事業者等名）　　　様

神　戸　市　長　　　印

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定のあった平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業について，補助金の額を確定したので通知します。

記

１　補助金の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　特記事項

様式第12号（第14条関係）

補助金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請 求 金 額 | 円 |
| 補助事業等の名称 | 平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業 |

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号で確定通知のあった補助金について，上記のとおり，交付されたく請求します。

平成　　年　　月　　日

神 戸 市 長　宛

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（添付書類）

・振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 支店 |
| 預金種目 | １．普通 ２．当座 その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

（注）口座名義は，補助事業者等と同一の名義であること。

口座名義が異なる口座への振込となる場合は，補助金受領委任状（様式第14号）を

提出すること。

様式第13号（第15条関係）

補助金交付決定取消通知書

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

（補助事業者等名）　　　様

神　戸　市　長　　　印

平成　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定した平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業については，次のとおり交付決定を取消したので通知します。

記

１　補助金の額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　取消しの理由

様式第14号

受領委任状

平成　　年　　月　　日

神 戸 市 長　宛

（委任者）住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

私は，下記１受任者を代理人と定め，下記２の補助金に係る下記３の金額の受領を委任

します。

記

１．受任者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　　　所 |  | 印 |
| 団 体 名 |  |
| 代表者名 |  |

２．補助事業等の名称

平成　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業

３．受領委任する金額

金　　　　　　　　　　　　円

４．振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 支店 |
| 預金種目 | １．普通 ２．当座 その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |