様式第１号

年　　月　　日

神奈川県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
|  | （〒　　　－　　　　　　） |
| 住所 |  |
| 法人名 |  |
| （申請者）　代表者職氏名 | ㊞ |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

**喀痰吸引等研修支援事業指導看護師謝礼金支給申請書**

支給対象者からの委任を受け、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実地研修指導講師(看護師)氏名 |  | | | | 登録研修機関名  ※１ |  | | | | |
| 研修受講者氏名 |  | | | | 研修受講者所属事業所名 |  | | | | |
| 喀痰吸引等実施対象者氏名・住所　※２ | 氏名 | |  | | 必要とする喀痰吸引等の種類  （該当する行為  に○） | たんの吸引 | | | | |
| 住所 | |  | |  | | 口腔内 |  | 鼻腔内 |
| 研修講座名 |  | | | |  | | 気管カニューレ内部 | | |
| （　　年度　　第　　　回） | | | | 経管栄養 | | | | |
| 対象となる研修種別  （いずれかに○） |  | 不特定の者対象 | | |  | | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | |
|  | 特定の者対象 | | |  | | 経鼻経管栄養 | | |
| 支給申請額の算出 | 研修講師に払う謝礼金総額(Ａ) | | | 円 | | | ＡとＢのいずれか低い額 | | | |
| 上 限 　 額　　(Ｂ) | | | ６，４００円 | | | 円 | | | |

※１　県が実施する研修の場合は県の委託先研修機関名を記載。

※２　実施対象者（在宅療養者）は県内在住であることが要件。不特定の者対象研修の場合は記載不要。

■指導講師に必要事項を記載してもらった「相手方登録兼口座振込申出書」（県様式）を添付してください。

■研修受講者の研修修了証明書の写しを添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【指導講師（看護師）もしくは指導講師が所属する法人の記載欄】 | | | ↓該当に○ | |
| ア　上記の支給申請者とは別法人・別グループの施設・事業所に所属している。 | | |  | |
| イ　上記の支給申請者に神奈川県知事が支給する謝礼金の支給申請手続を委任する。 | | |  | |
| ウ　謝礼金の受領者は、  　(支給対象者) | 指導講師（指導看護師）個人である。※３ | |  | |
| 指導講師（指導看護師）が所属する法人である。 | |  | |
| ア～ウに相違ありません。  年　　月　　日  神奈川県知事　殿 | | | | |
|  | | （〒　　　－　　　　　　） | | |
| 住所 | |  | | |
| （支給対象者）　　個人もしくは法人名 | |  | | ㊞ |
| 【法人の場合】代表者職氏名 | |  | |

※３　個人の場合は、支給決定額から所得税源泉徴収税額を差し引いた額を支給します。（例：6,400円→5,747円）

■「相手方登録兼口座振込申出書」（県様式）に必要事項を記載してください。

（事務処理欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給決定年月日 |  | 申請書収受印 |
| 支給年月日 |  |  |
| 受領書確認年月日 |  |
| 受領書番号 |  |
| 備考 |  |

様式第１号

年　　月　　日

神奈川県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 介護事業者が申請者となります | （〒　　　－　　　　　　） |
| 住所 |  |
| 法人名 |  |
| （申請者）　代表者職氏名 | ㊞ |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

**喀痰吸引等研修支援事業指導看護師謝礼金支給申請書**

支給対象者からの委任を受け、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実地研修指導講師(看護師)氏名 |  | | | | 登録研修機関名  ※１ |  | | | | |
| 研修受講者氏名 |  | | | | 研修受講者所属事業所名 |  | | | | |
| 喀痰吸引等実施対象者氏名・住所　※２ | 氏名 | |  | | 必要とする喀痰吸引等の種類  （該当する行為  に○） | たんの吸引 | | | | |
| 住所 | |  | |  | | 口腔内 |  | 鼻腔内 |
| 研修講座名 |  | | | |  | | 気管カニューレ内部 | | |
| （　　年度　　第　　　回） | | | | 経管栄養 | | | | |
| 対象となる研修種別  （いずれかに○） |  | 不特定の者対象 | | |  | | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | | |
|  | 特定の者対象 | | |  | | 経鼻経管栄養 | | |
| 支給申請額の算出 | 研修講師に払う謝礼金総額(Ａ) | | | 円 | | | ＡとＢのいずれか低い額 | | | |
| 上 限 　 額　　(Ｂ) | | | ６，４００円 | | | 円 | | | |

※１　県が実施する研修の場合は県の委託先研修機関名を記載。

※２　実施対象者（在宅療養者）は県内在住であることが要件。不特定の者対象研修の場合は記載不要。

■指導講師に必要事項を記載してもらった「相手方登録兼口座振込申出書」（県様式）を添付してください。

■研修受講者の研修修了証明書の写しを添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【指導講師（看護師）もしくは指導講師が所属する法人の記載欄】 | | | ↓該当に○ | |
| ア　上記の支給申請者とは別法人・別グループの施設・事業所に所属している。 | | |  | |
| イ　上記の支給申請者に神奈川県知事が支給する謝礼金の支給申請手続を委任する。 | | |  | |
| ウ　謝礼金の受領者は、  　(支給対象者) | 指導講師（指導看護師）個人である。※３ | |  | |
| 指導講師（指導看護師）が所属する法人である。 | |  | |
| ア～ウに相違ありません。  年　　月　　日  神奈川県知事　殿 | | | | |
|  | | （〒　　　－　　　　　　） | | |
| 住所 | |  | | |
| （支給対象者）　　個人もしくは法人名 | |  | | ㊞ |
| 【法人の場合】代表者職氏名 | |  | |

※３　個人の場合は、支給決定額から所得税源泉徴収税額を差し引いた額を支給します。（例：6,400円→5,747円）

■「相手方登録兼口座振込申出書」（県様式）に必要事項を記載してください。

（事務処理欄）

中段の欄は、指導看護師側に記載をお願いしてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給決定年月日 |  | 申請書収受印 |
| 支給年月日 |  |  |
| 受領書確認年月日 |  |
| 受領書番号 |  |
| 備考 |  |