

様式第1号 (第5条第1項関係)



(あて先) 千葉市長

(〒〇〇〇-△△△△)

住 所

法人名 ×××××

(申請者) 代表者職氏名 □□ ○○ 印

電話番号 〇43-×××-□□□□

メールアドレス

千葉市喀痰吸引等研修支援事業助成金交付申請書

千葉市喀痰吸引等研修支援事業助成金の交付を受けたいので、千葉市補助金等交付規則第3条の規定に基づき、次のとおり申請します。

事業所名	〇〇居宅介護事業所	事業種別	居宅介護	
研修受講者	氏名	千葉 一郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	職種	ホームヘルパー
喀痰吸引等 実施対象者	氏名	〇〇 △△	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	住所	千葉市〇〇区〇〇町×-□-△△		
	必要とする喀痰吸引等の種類	たんの吸引 (口腔内)		
研修機関名	□□□□			
交付申請額	5,000円			
交付申請額の 算出基礎	対象となる研修種別 (いずれかに○)	○	基本研修	実地研修
	研修の受講に係る経費 (A) <small>※対象となる研修種別のみ金額をご記入ください。</small>	10,000円		
	上限額 (B)	基本研修の場合	5,000円	
		実地研修の場合	2,500円	
	(A) × 1/2 と (B) のいずれか低い額。ただし、1円未満は切り捨てる。 5,000円			
添付書類	1 登録研修機関に対して研修の申し込みを行う際に提出する書類の写し 2 研修を受講する職員との雇用契約書写し 3 登録研修機関の研修費用の内訳がわかる資料			

記入例

様式第11号（第11条第1項関係）

千葉県喀痰吸引等研修支援事業助成金実績報告書

平成26年7月〇日

(あて先) 千葉市長

(〒〇〇〇-△△△△)

住所

法人名 ×××××

(申請者) 代表者職氏名 □□ 〇〇 印

電話番号 〇43-×××-□□□□

メールアドレス

平成26年4月〇日付け千葉県指令保障第××号で助成金の交付決定のあった喀痰吸引等研修支援事業の実績について、千葉県補助金等交付規則第12条の規定により、次のとおり報告します。

事業所名	〇〇居宅介護事業所	事業種別	居宅介護		
研修受講者	氏名	千葉 一郎			
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	職種	ホームヘルパー	
喀痰吸引等 実施対象者	氏名	〇〇 △△	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	住所	千葉県〇〇区〇〇町×-□-△△			
	必要とする喀痰吸引等の種類	たんの吸引（口腔内）			
研修機関名	□□□□				
研修期間	平成26年 4月〇〇日 ~ 平成26年6月〇〇日				
研修修了日	平成26年 6月〇〇日				
研修に要した 費用	対象となる研修種別（いずれかに〇）	〇	基本研修		実地研修
	研修の受講に要した経費 <small>※対象となる研修種別のみ金額をご記入ください。</small>	10,000円			
添付書類	1 認定特定行為業務従事者認定証写し 2 助成対象経費について研修機関が発行する領収書 3 登録喀痰吸引等事業所の登録通知書写し又は登録を受ける旨の誓約書 4 喀痰吸引等を受ける千葉市民の住民票				