

平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業費補助金(以下「補助金」という。)の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(補助目的及び補助対象事業)

第2条 一般社団法人高知医療再生機構(以下「機構」という。)は、安心して質の高い医療提供体制の充実を図るため、県内の医療機関等に勤務する看護職員又はコメディカル職員が高度な技術を有する資格を取得するなどの目的で先進的な医療機関等で研修を行うこと(以下「補助対象事業」という。)に対して、予算の範囲内で補助を行う。

(補助対象事業、補助申請者及び派遣対象者の要件)

第3条 補助対象事業は、先進的な医療機関等で行う概ね1か月以上6か月以内の研修(認定看護師の資格取得のための研修を除く)とする。ただし、概ね2週間以上1か月以内の研修は、職種、期間、資格取得の有無、施設基準を満たすための必須研修か、などによって個別に判断する。

2 補助の申請を行える者は、次の要件のいずれかに該当する医療機関又は教育関連機関とする。

(1) 高知県内の医療機関で、当該医療機関に在籍する看護職員又はコメディカル職員をその身分を有したまま、先進的な医療機関等に派遣し、医療機関全体の職員の資質と医療内容の向上等をはかろうとするもの

(2) 高知県内の看護職員又はコメディカル職員などの医療関係者育成に関係する教育関連機関で、当該機関に在籍する教員をその身分を有したまま、先進的な医療機関等に派遣し、当該医療関係者の育成をはかろうとするもの

3 補助の申請を行う医療機関又は教育関連機関が派遣しようとする対象者は、次の要件にすべて該当する者とする。

(1) 県内の医療機関に勤務する、又は、看護職員若しくはコメディカル職員などの医療関係者育成に関係する教育関連機関に在籍する、看護職員又はコメディカル職員

(2) 補助事業開始日までに、先進的な医療機関等からの招請状又は受入承諾書の写しを提出することができる職員

(3) 当該事業への申請に同意しており、将来にわたって高知県の医療の質の向上への貢献が期待できる職員

(4) 補助対象事業終了後、1年以上、高知県内の医療機関又は教育関連機関で勤務することができる職員

(補助対象経費等)

第4条 補助対象事業に関する補助対象経費、補助率及び補助限度額は、別表のとおりとする。

2 機構が行う補助の額は、別表に定める補助対象経費の実支出額と補助限度額とを比

較して少ない方の額とし、千円未満は切り捨てる。

(補助申請)

第5条 補助申請をしようとする医療機関又は教育関連機関は、補助申請書(第1号様式)に関係書類を添えて、機構の理事長(以下「理事長」という。)が別に定める日までに、理事長に提出しなければならない。

2 補助対象期間は、平成27年4月1日から平成28年3月31日の範囲内とし、追加公募を行った場合には、申請日から平成28年3月31日の範囲内とする。

(補助事業者の決定)

第6条 補助事業者の選考は、一般社団法人高知医療再生機構の組織に関する規程(平成22年3月29日機構規則第3号)第5条第2項第1号に定める助成評価委員会が行い、理事長がこれを決定する。

2 理事長は、選考結果を補助申請者全員に決定通知書(第2号様式)で通知する。

3 上記において、条件付採択の連絡を受けた者が、再申請書類の提出することのできる期限は、当該通知を受けた日から2週間以内とする。

(補助の条件)

第7条 補助目的を達成するため、補助事業者及び派遣対象者は次に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 法令等の定め、補助決定の内容及び条件、その他理事長の指示に従い、善良な管理者の注意をもって補助事業を行うこと

(2) 交付を受けた補助金を補助事業に必要な経費にのみ使用しなければならないこと

(3) 「費目」ごとの支出予定額が50%以上かつ20万円以上変わるなど補助対象事業の大幅な変更又は事業を中止する場合は、事前に補助金(変更・中止)承認申請書(第3号様式)を理事長に提出し、その承認を受けなければならないこと

(4) 補助対象事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助対象事業の遂行が困難となった場合は、速やかにこれを理事長に報告し、その指示を受けなければならないこと

(5) 補助対象事業に係る収入及び支出の状況を明らかにした帳簿書類を作成し、補助対象事業の完了の翌年度から5年間保存しておかねばならないこと

(6) 講演会や事業発表等の場においては、機構の補助事業を活用した旨の表示(発表)を積極的に行うこと

(7) 補助事業終了後、第3条第3項第4号の要件を満たさなくなる可能性が明らかになった場合には、ただちに理事長に協議すること。

(8) 補助事業終了後、第3条第3項第4号の要件を満たした場合には、事業完了報告書(別紙7)を提出すること。

(概算払等)

第8条 理事長は、補助事業者から求めがあり、かつ、補助の目的を達成するために必要があると認められるときは、概算払をすることができる。

- 2 補助金の概算払を受けようとするときは、概算払請求書（第4号様式）を理事長に提出しなければならない。
- 3 概算払の申出を行わなかった場合、又は、概算払を受けたが、その額が決定通知書（第2号様式）に記載された補助決定額を下回っている場合、補助事業者は、第9条に定める実績報告書の提出と併せて、補助金請求書（第5号様式）を提出しなければならない。なお、第9条で定める期間内に補助金請求書（第5号様式）の提出を行わない場合は、理事長は第1項に基づき既に行った概算払を除いて補助金の交付を行わない。

（実績報告の提出及び補助の確定）

第9条 補助事業者は、補助対象事業完了の日から30日以内又は当該年度の3月31日までのいずれか早い日までに、補助対象事業実績報告書（第6号様式）に関係書類を添えて、理事長に提出しなければならない。

- 2 理事長は、前項の補助対象事業実績報告書及び関係書類を確認し、補助事業者に対する最終補助確定額を決定する。
- 3 最終補助確定額が前条第1項に基づき行った概算払による補助額を下回っている場合、前条第3項に定める補助金請求書の提出の有無にかかわらず、理事長は概算払の額と最終補助確定額との差額を補助事業者に対して返還を求めなければならない。
- 4 最終補助確定額が前条第3項に定める補助金請求書に記載された今回請求額、又は、補助金請求書に記載された既交付額と今回請求額の合計額を下回っている場合、理事長は最終補助確定額又は最終補助確定額から補助金請求書に記載された既交付額を控除した額を補助事業者に交付する。

（交付決定の取消・返還）

第10条 補助の条件に従わなかったとき、または、補助金の不正使用若しくは不正受給があったとき、その他補助対象事業において不正行為があったと認められた場合は、理事長は、補助金の交付決定を取り消し、既に交付した補助金の全部または一部の返還を命じるものとする。

- 2 補助金の交付決定の取消及び返還については、助成評価委員会の意見を踏まえて理事長が決定し、実施する。

（その他）

第11条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関して必要な事項は、理事長が別に定める。

附則

この要綱は、平成27年1月19日から施行する。

なお、この補助事業は平成27年度高知県当初予算の成立をもって、正式に実施が決定されるものとする。

(別表)

補助対象経費	補助率	補助限度額
(1) 現住所から研修機関までの往復旅費 (2) 住居費(家賃等賃借料、敷金、手数料、負担金) (3) 研修費(受講料、研修のために必要な移動交通費、書籍等購入費、消耗品費、通信運搬費、手数料、使用料、負担金) (4) その他理事長が特に必要と認める経費	定額	500千円/ 1補助事業者

第1号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
名 称
代表者 印

平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業 補助申請書

平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業費総額 金 _____ 円
うち補助申請額 金 _____ 円
- 2 事業（研修）計画書（別紙1）
（複数を派遣する際は、全体及び派遣対象者個別の計画書を添付）
- 3 補助事業実施期間
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 4 添付書類
 - （1）派遣対象者別の履歴書（別紙2）
 - （2）派遣対象者別の同意書（別紙3）
 - （3）総括支出予定額調書（別紙4）及び
複数を派遣する際は、派遣対象者別の支出予定額調書
 - （4）派遣対象者別の受入承諾書等
 - （5）その他参考書類

第2号様式

高医再発第 号
平成 年 月 日

申請者 住 所
名 称
代表者 様

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋

平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業
補助申請に対する選考結果について

貴殿から申請のありました平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱第6条第1項の規定に基づく助成評価委員会での選考を踏まえ、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

{ 補助採択・条件付採択 }

- 1 補助決定額 金 _____ 円
- 2 補助する派遣対象者
{申請書の記載のある全員} または {特定個人名列挙}
- 3 補助事業実施期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- 4 補助条件
 - ・提出した事業（研修）計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
 - ・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定内容を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、事業（研修）計画書（別紙1）等の必要書類を提出すること
 - ・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

{ 補助不採択 }

第3号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
名 称
代表者 印

平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業費補助金
(変更・中止)承認申請書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業について、下記により(変更・中止)したいので、上記補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 (変更・中止)理由

2 添付書類

- ・変更承認申請の場合は、変更する事業内容及び経費(変更前と変更後とを比較することができるもの)を明らかにする書類
- ・中止承認申請の場合は、第5号様式及び第6号様式並びに関連書類

第4号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
名 称
代表者 印

平成27年度看護職員・comedical職員研修派遣支援事業費補助金
概算払請求書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました平成27
年度看護職員・comedical職員研修派遣支援事業について、補助金を上記補助金交付要
綱第8条第2項の規定に基づき概算払によって交付されるよう請求します。

記

補助決定額 金 _____ 円
既交付額 金 _____ 円
今回請求額 金 _____ 円
残額 金 _____ 円

振 込 先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
				1 当座 2 普通	

第5号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
名 称
代表者 印

平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業費補助金 請求書

平成 年 月 日付 高医再発第 号で補助の決定がありました平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業について、上記補助金交付要綱第8条第3項の規定により請求書を提出します。

記

補助決定額 金 _____ 円

既交付額 金 _____ 円

今回請求額 金 _____ 円

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
				1 当座 2 普通	

第6号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

申請者 住 所
名 称
代表者 印

平成27年度看護職員・comedical職員研修派遣支援事業費補助金
実績報告書

平成 年 月 日 高医再発第 号で補助の決定がありました平成27年
度看護職員・comedical職員研修派遣支援事業について、上記補助金交付要綱第9条第
1項の規定により、その実績を下記のとおり報告します。

記

- 1 補助決定額 金 _____ 円
- 2 実 績 額 金 _____ 円
- 3 事業（研修）報告書（別紙5）
（全体及び派遣対象者個別）
- 4 添付書類
（1）支出額報告書（別紙6）
（全体及び派遣対象者個別）

(別紙1-1)

事業(研修)計画書(全体)

申請事業者名()

- 1 事業の概要
- 2 施設の現状と課題
(病院全体として派遣予定者の研修領域を中心に記載してください)
- 3 これまでの施設の取り組み及びそれに要した経費
- 4 事業実施の目的、必要性
- 5 事業に際しての考え方
 - (1) 研修先の選択方針
 - (2) 事業実施期間の設定の理由
 - (3) 研修内容の選択理由
 - (4) 研修に要する費用負担の考え方
 - (5) その他
- 6 事業の目標(期待される効果)
- 7 事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

- 事業の目標(期待される効果)は、高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記入してください。
- A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙1-2)

事業(研修)計画書(個別)

派遣対象者氏名()

1 事業の概要

2 これまでの取り組み(派遣対象者のアピール)

3 研修の目的、必要性

4 研修事業の内容

(1) 研修先

(2) 今回の研修先選定理由

(3) 事業実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

(4) 研修内容

(5) その他

5 期待される効果

6 事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○期待される効果は、高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記入してください。

○A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙2)

派遣対象者履歴書

平成 年 月 日現在

氏 名		性別	男 女
生 年 月 日	19 年 月 日生 () 歳		
現 住 所	〒 電話		
所 属 機 関	〒 住所 名称 電話 FAX		
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属機関 e-mail		
学 歴 ・ 職 歴	年 月	最終学歴・職歴	
研 修 歴 ・ 研 究 歴 等			

(別紙3)

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

派遣対象者	住所	
	施設及び役職名	
	氏名	印

私、_____は、所属する_____が平成27年度看護職員・コメディカル職員研修派遣支援事業を実施するに当たり、当該事業に基づく派遣研修の対象者として申請することに同意し、同事業が採択された場合は、本事業の補助の目的を十分に理解し、研修に精励し、高知県の医療の向上に貢献することを誓います。

(別紙4)

支出予定額調書 (総括表)

申請事業者名 ()

	事業費	補助金充当額	その他の財源	
			施設負担	その他
総額				
個別：A				
個別：B				
個別：C				

費目調書 (総計表：施設計)

費目	※内容	支出予定額	備考
(1) 研修機関までの往復旅費			
(2) 住居費			
(3) 研修費			
(4) その他理事長が特に必要と認める経費			
計			

費目調書（個別表）

派遣対象者氏名（ ）

費目	※内容	支出予定額	備考
(1) 研修機関までの往復旅費			
(2) 住居費			
(3) 研修費			
(4) その他理事長が特に必要と認める経費			
計			

※具体的に記入してください。

(別紙5-1)

事業(研修)報告書(全体)

申請事業者名()

1 事業の概要

2 事業の内容

(1) 実施体制

(2) 事業対象者

(3) 実施方法

(4) 事業実施期間

(5) 実施経費

総額	金	円
うち補助金充当額	金	円
うち残余充当資金の財源別内訳	施設負担	金 円
	本人負担	金 円
	その他	金 円

(6) その他

3 事業目標(効果)の達成状況と施設内での活用

4 事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○事業の目標(期待される効果)は、高知県の地域医療の発展に貢献できる目標、効果についても記入してください。

○A4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙5-2)

事業(研修)報告書(個別)

派遣対象者氏名()

1 補助金申請時に計画した事業の概要

2 事業実施期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

3 事業の内容

(1) 研修先(変更があればその理由)

(2) 研修内容

(3) その他

4 当初事業目標(研究、研修内容)からみた達成状況の自己評価(いずれかに○)

A(100%以上の達成) B(ほぼ達成) C(不十分であった)

[評価理由]

5 研修期間中の研修内容に関する学会発表や、論文があれば記入してください。

6 同じ施設に、今後留学する予定者はいますか。

7 来年度以降の計画

【作成上の留意事項】

○A 4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙6)

支出額報告書 (総括表)

申請事業者名 ()

	実事業費	補助金充当額	その他の財源	
			施設負担	その他
総額				
個別：A				
個別：B				
個別：C				

費目調書 (総計表：施設計)

費目	※内容	支出額	備考
(1) 研修機関までの往復旅費			
(2) 住居費			
(3) 研修費			
(4) その他理事長が特に必要と認める経費			
計			

※領収書の写しを添付してください。

費目調書（個別表）

派遣対象者氏名（ ）

費目	※内容	支出額	備考
(1) 研修機関までの往復旅費			
(2) 住居費			
(3) 研修費			
(4) その他理事長が特に必要と認める経費			
計			

※領収書の写しを添付してください。

(別紙7)

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

報告者 住 所
名 称
氏 名 印

事業完了報告書

_____は、看護職員・コメディカル職員派遣研修支援事業費補助金を受け、
職員の_____を研修させましたが、_____は、下記のとおり、事業終了後の
1年間を高知県内の医療機関又は教育関連機関で勤務しましたので報告します。

勤務した期間	医療機関名