

新人看護職員臨床実践能力向上研修支援事業 提出書類チェックシート（交付申請）

注1）各様式の記載方法については、記載例を参照してください。

注2）当様式は提出不要です。交付申請時の提出書類確認に使用してください。

| No | 提出が必要なもの | | 確認事項 |
|----|--------------------------|---|--|
| | 様式 | 様式名称 | |
| 1 | <input type="checkbox"/> | ①保福第1号様式 補助金等交付申請書 | 日付・事業目的・概要欄の記載確認 押印を省略する場合は責任者・担当者を記載 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ②保福第1の2号様式 事業計画（実績）書 | 設立年月日の確認、効果欄の末尾確認（～できる等未来形で記載） |
| 3 | <input type="checkbox"/> | ⑧保福第1の16号様式 補助金等交付申請額算出調書 | 金額の確認 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | ⑦保福第1の18号様式 経費の配分調書 | 金額の確認 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | ⑤保福第1の20号様式 事業予算書 | 金額の整合性確認 日付、申請者名及び捺印の確認 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | ⑥保福第1の32号様式 資金収支計算書 | 金額の単位（千円単位）及び整合性の確認 ※申請者が地方公共団体の場合、提出不要 |
| 7 | <input type="checkbox"/> | ③保福第342号様式 新人看護職員臨床実践能力向上研修支援事業計画（実績）書 | 人数の確認、受入研修を行っている場合、受入研修事業実施時間の確認（40時間で1人分加算） |
| 8 | <input type="checkbox"/> | ④保福第343号様式 対象経費の支出（予定）額内訳 | 金額は円単位で記載 |
| 9 | <input type="checkbox"/> | ⑩ 補助金交付決定前着手届 | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | ⑨ 口座振替申出書 | 電話番号、日付及び捺印の確認 |
| 11 | <input type="checkbox"/> | （任意の様式） 新人看護職員名簿 | 申請人数との整合性の確認、受入研修を行っている場合、受入（予定）者名簿も添付 |
| 12 | <input type="checkbox"/> | （任意の様式） 研修責任者・教育担当者・実地指導者名簿 | 申請人数との整合性の確認 |
| 13 | <input type="checkbox"/> | （任意の様式） 新人看護職員研修プログラム | 保健師及び助産師の研修を行っている場合、保健師・助産師分の研修プログラムも添付 |