様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

加西市長　様

所在地

事業所名

代表者名

加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業

補助金交付事前協議書

|  |
| --- |
| １　安全確保等の確認 |
| 利用者の状況 | 氏名 |  |
| 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） | 氏名 |  | 利用者との関係 |  |
| 年齢 |  | 性別 |  |
| 特徴等 |  |
| 暴力行為等の内容 |  |
| 暴力行為等の記録 |  |
| ２　第三者による確認 |
| 確認事項 | □フェイスシート　□アセスメントシート　□サービス計画書□支援経過記録　□サービス担当者会議録 |
| 資料作成者 | 担当介護支援専門員 |
| 資料等の内容 | サービス担当者会議に第三者として地域包括支援センター職員が同席する |
| ３　事業者の対応の確認 |
| 確認事項 | □訪問看護計画　□訪問介護計画　□個別援助計画(ヘルパー)　□サービス提供記録 |
| 記載内容 | ２人訪問についての検討会議記録、利用者との調整経過記録同意が得られない理由等 |
| 対応の状況 | ２人訪問の同意依頼（必須） | あり　・　なし |
| その他 | あり　・　なし |

様式第２号（第７条関係）

年　　月　　日

加西市長　様

所在地

事業者名

代表者名

加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金交付申請書

加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業を実施したいので、加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金交付要綱第７条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　補助金の交付申請額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

２　算出基礎　　補助基準額　　　　　円に年度内にサービス提供した

回数を乗じて得た額に２／３を乗じた額

　　　　　　　　　　（１０円未満の端数切捨て）

３　関係書類

(1)　事業計画書

(2)　事業収支予算書

様式第４号（第９条関係）

年　　月　　日

加西市長　様

所在地

団体名

代表者名

加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金変更交付申請書

　　年　　月　　日付　　第　　　　号で補助金の交付決定を受けた　　　　年度加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業について、補助金の交付決定額の変更を受けたいので、加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金交付要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり交付決定額の変更を申請します。

記

１　補助金の変更申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 既交付決定額 | 変更申請額(変更後の総額) | 増　減　額 |
| 円 | 円 | 円 |

２　変更理由

３　関係書類

(1)　事業計画書（変更後）

(2)　事業収支予算書（変更後）

様式第６号（第１１条関係）

年　　月　　日

加西市長　様

所在地

事業所名

代表者名

加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業現況報告書

|  |
| --- |
| １　利用者等の状況 |
| 利用者の状況 | 氏名 |  |
| 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） | 氏名 |  | 利用者との関係 |  |
| 年齢 |  | 性別 |  |
| 特徴等 |  |
| ２人訪問の同意依頼日 |  |
| 暴力行為等の内容 |  |
| ２　訪問時の状況 |
| 訪問（予定）日 | ２人訪問の有無 | 暴力行為等の有無 | 備　考 |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |

様式第７号（第１２条関係）

年　　月　　日

加西市長　様

所在地

団体名

代表者名

加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業実績報告書

　　　　　年　　月　　日付　　第　　　　号で補助金の交付決定を受けた　　　　年度加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業について、補助事業が完了しましたので、加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金交付要綱第１２条の規定により、下記のとおり報告いたします。

記

１　補助金の交付決定額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

２　実績による補助金額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

３　訪問時の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問日 | ２人訪問の有無 | 暴力行為等の有無 | 備　考 |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |  |

４　関係書類

(1)　事業実績報告書

(2)　事業収支決算書

様式第９号（第１４条関係）

加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金請求書

　　　　　年　　月　　日付　　第　　　　号で確定通知のあった　　　　年度加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金について、加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金交付要綱第１４条の規定により、下記のとおり請求します。

記

金　　　　　　　　　　　　　　円也

　ただし、　　　　年度加西市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金として

　　　　年　　月　　日

加西市長　様

所在地

団体名

代表者名

振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関・支店（支所）名 | ・ |
| 預　金　種　目 | １．普　通　　　２．当　座　　　３．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。