様式第１号（第７条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

訪問看護師・訪問介護員安全確保事業　事前協議書

○事前協議事業者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  | 住　　所 |  |
| 担当者名 |  | 連 絡 先 |  |

１　利用者等の記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の状況 | 　　 |  |
| 年　　齢 |  |
| 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） | 　　 |  | 利用者との関係 |  |
| 年　　齢 |  | 性 別 |  |
| 被保険者番　　号 |  | 要 介 護度 等 |  |
| 特 徴 等 |  |
| 暴力行為等の内 容 |  |
| 確認資料名 |  |
| 資料作成者 |  |
| （※行政確認欄） | あり　　　・　　　なし |

２　事業者の対応の確認

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対応の状況 | ２人訪問加算の同意依頼 | あり　・　なし |
| その他 | あり　・　なし |
| 特記事項 | ※２人訪問加算の同意依頼に関する取組み、または同意依頼への働きかけが困難な理由を具体的に記載 |
| 確認資料 | あり　　　・　　　なし |
| （※行政確認欄） | あり　　　・　　　なし |

（判定）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業対象判定（※行政記入欄） | 事業対象　　　・　　事業対象外 |

様式第２号（第８条関係）

補助金交付申請書

　　年　　月　　日

尼 崎 市 長　様

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業について，次のとおり補助金を交付願いたく，尼崎市訪問看護師・訪問介護員安全確保事業補助金交付要綱第８条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業 |
| 目的及び内容 | 利用者等からの暴力行為などの対策として複数名体制での訪問が必要となるケースで、利用者及び家族等の同意が得られず、介護報酬上の２人訪問加算が適用できない場合に、加算相当額の一部を補助することで、訪問看護師等の安全確保を図ることを目的とする。 |
| 補助金等の額 | 円　　　　　 |
| 算出の基礎 | 補助基準額　　　　　　　円に２／３を乗じた額（10円未満の端数は切り捨て。） |
| 添付書類 | ・事業計画書（様式第２号の２）・・・ |

　※　交付申請書は利用者ごとに作成すること

様式第３号（第９条関係）

補助金交付決定通知書

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　様

尼　崎　市　長　　　印

　　年　　月　　日付　で申請のあった下記事業について，次のとおり交付することに決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業 |
| 補助金の交付対象事業及びその内容等 | 補助金交付申請書（様式第2号）に記載のとおり |
| 補助金の額 | 円　　　　　 |
| 交付の条件 | ・補助事業等の実施に際してその内容等に変更等が生じた場合は，すみやかに市長に報告するとともに必要な手続きを行うこと。 |

様式第４号（第10条関係）

補助金交付決定内容変更承認申請書

　　年　　月　　日

尼 崎 市 長　様

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　年　　月　　日付　　第　　　号をもって交付決定のあった　　　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業について，次のとおり交付決定の内容を変更したいので，承認願いたく申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業 |
| 変更の理由 |  |
| 補助金の額 | （　　　　　　　　　　　　　円）　　　　円　　　　　 |
| 算出の基礎 | 　　　　（　　　　　　　円）補助基準額　　　　　　　円に２／３を乗じた額（10円未満の端数は切り捨て。） |
| 添付書類 | ・事業計画書（変更後）（様式第４号の２）・・ |

（注）表中，変更前の金額は上段に（）書き，変更後の金額は下段に記入する。

様式第５号（第10条関係）

補助金交付決定変更通知書

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　様

尼　崎　市　長　　　印

　　年　　月　　日付　で変更申請のあった下記事業について，次のとおり承認することに決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業等の名称 | 　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業 |
| 補助金の交付対象事業及びその内容等 | 補助金交付決定内容変更承認申請書（様式第4号）に記載のとおり |
| 補助金の額 | 当初交付決定額 | 円　　 |
| 変更交付決定額 | 円　　 |
| 差引交付決定額 | 円　　 |
| 交付の条件 |  |

様式第６号（第11条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

訪問看護師・訪問介護員安全確保事業　現況報告書

○事業者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  | 住　　所 |  |
| 担当者名 |  | 連 絡 先 |  |

１　利用者等の記録

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 暴力行為等を行う者の状況 | 　　 |  | 利用者との関係 |  |
| 年　　齢 |  |
| 被保険者番　　号 |  | 要 介 護度 等 |  |
| 特 徴 等 |  |
| 暴力行為等の状　　況 | 期　　間 | 　年　月　日～　　　年　月　日 |
|  |
| 確認資料名 |  |
| 資料作成者 |  |

２　事業者の対応等の確認

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対応の状況 | ２人訪問加算の同意依頼 | あり　・　なし |
| その他 | あり　・　なし |
| 特記事項 |  |
| 確認資料 | あり　　　・　　　なし |

|  |  |
| --- | --- |
| 行政記入欄 |  |

様式第７号（第12条関係）

補助事業等実績報告書

　　年　　月　　日

尼 崎 市 長　様

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定のあった　　　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業について、次のとおりその実績を報告します。

記

　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　円）

１　補助金の額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

　　（１）事業実績報告書（様式第７号の２）

　　（２）事業実績報告内訳書（様式第７号の３）

　　（３）居宅サービス計画・地域密着型サービス介護給付費明細書（写し）

（４）資格者証

（注）交付決定内容を上段に（ ）書き，実績を下段に記入する。

様式第８号（第13条関係）

補助金額確定通知書

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　様

尼　崎　市　長　　　印

　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定のあった　　　　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業について、補助金の額を確定したので通知します。

記

１　補助金の確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　特記事項

様式第９号（第14条関係）

補助金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請 求 金 額 | 円　 |
| 補助事業等の名称 | 　　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業 |

　　年　　月　　日付　　第　　　号で通知のあった補助金について、上記のとおり交付されたく請求します。

　　年　　月　　日

尼 崎 市 長　様

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（添付書類）

　・振込先通帳写し

・振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  銀行 支店 |
| 預金種目 | １．普通 ２．当座 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。

口座名義が異なる口座への振込となる場合は，受領委任状（様式第11号）を提出すること。

様式第10号（第15条関係）

補助金交付決定取消通知書

第　　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　様

尼　崎　市　長　　　印

　　年　　月　　日付　　第　　　号で交付決定した　　　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業については，次のとおり交付決定を取消したので通知します。

記

１　補助金の額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　取消しの理由

様式第11号

受領委任状

　　年　　月　　日

尼 崎 市 長　様

（委任者）住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

私は，下記１の受任者を代理人と定め，下記２の補助事業に係る下記３の金額の受領を委任

します。

記

１．受任者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　　　所 |  | 印 |
| 団 体 名 |  |
| 代表者名 |  |

２．補助事業の名称

　　年度　訪問看護師・訪問介護員安全確保事業

３．受領委任する金額

金　　　　　　　　　　　　円

４．振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  銀行 支店 |
| 預金種目 | １．普通 ２．当座 その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |