

事業費精算書

1 医療機関名：●●病院

実際に勤務する医療機関名

2 派遣看護職員氏名：県立花子

研修派遣する看護職員名

3 事業区分：（ ）看護師の特定行為研修機関派遣支援事業

該当する区分のいずれかに（○）する

（ ）認定看護師教育機関派遣支援事業

※該当する内容に○印

表内は円単位で金額を記載

（単位：円）

対象費用	基準額 ①	対象経費の 支出額 ②	総事業費 ③	寄付金その他 の収入額 ④	差引額 ⑤(③-④)	選定額 ⑥	補助所要額 ⑦(⑥×1/2)	備考
受講料	特定行為: 700,000 認定看護師: 500,000							
代替看護職員の人事費	特定行為: 1,134,000 認定看護師: 756,000	受講料等には入学金は含まれますが、受験料（検定料）は含まれません。 受講料の場合も、実際に事業者が支出した額が対象となります。	総事業費の合計は歳入歳出決算書抄本の合計額と同額となります。					
計			0	0	0	0	0	

本表は、交付要綱第3条及び第4条に

補助所要額は、派遣看護職員ごとに算出すること。

⑥欄には、①欄、②欄、⑤欄の金額を比較して少ない方の額を記入すること。

⑦欄には、⑥欄の金額に1/2を乗じた額を記入すること。（ただし、1,000円未満の端数は、これを切り捨てるものとする。）

※同一施設から2名の派遣申請をする場合は、交付申請時と同様に派遣者ごと1行ずつで複数行で記載し、備考欄に派遣職員氏名を記載してください。

※代替職員は備考欄に代替職位に該当する派遣職員名を記載してください。

合計額を記載（補助精算額になります）

※交付決定額以上の金額は記載不可、その場合は、