

明石市難病患者喀痰吸引第3号研修(実地研修)
指導経費助成金交付申請書兼請求書

明石市長宛

法人名	
代表者名	印
所在地	
電話番号	

以下のとおり助成金の交付を受けたく、明石市難病患者喀痰吸引第3号研修(実地研修)指導経費助成金交付要領に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 本申請書に記載の研修受講者の個人情報提供に関する同意 (有・無)
- 2 同意の有無を確認した管理者氏名

--

実地研修 指導講師 (看護師)	氏名		生年月日	年 月 日
	所属事業所 名称			
研修受講者 (介護職員等)	氏名		生年月日	年 月 日
	所属事業所 名称			
喀痰吸引等 実施対象者	氏名		生年月日	年 月 日

交付申請金額 (請求金額)		円
------------------	--	---

関係書類

- 1 実地研修を指導した介護職員等が明石市民の難病患者等の喀痰吸引を行うことを証明する書類(実地研修修了証の写し)
- 2 【申請者が法人の場合】実地研修の指導を行った職員との雇用契約書写し(※所属職員であることを証明する書類)
- 3 研修を受講した介護職員等の雇用契約書写し等(※研修受講者が別の法人・グループに所属していることがわかるもの)
- 4 喀痰吸引等を受ける難病患者の個人情報確認に関する同意書(様式第2号)
- 5 【明石市への登録がない場合のみ】債権者登録申請書