

【記載要領・記入例】

事業参加登録フォーム

※は必須です。

申請年月日※

1) 法人に関する情報

法人名※

所在地※

〒 住所自動入力

代表者（開設者）職※

代表者氏名※

施設名※

法人の本部を正確に記載

申請する医療機関の正式名称を記載

2) 希望する補助金事業及び見込み人数等

▼申し込みを希望する事業のチェックボックスにチェックを入れてください。

☐ 県外看護師等就業支援金等事業

対象人数（見込み）

人

補助金所要額（見込み）

千円

採用予定者数等、登録時点で記載可能な実際の支援人数に最も近い値を記入

☐ 潜在看護師等就業後継続支援事業

対象人数（見込み）

人

補助金所要額（見込み）

千円

参加を希望する事業にチェック（必ず一つ以上）

※補助金所要額の算出方法
別紙1（あるいは別紙2）の【支援対象者詳細】欄に対象者情報及び対象経費（実支出額）を入力し、「交付申請額」欄（黄色セル内）に自動算出された金額を入力してください。

☐ 看護師等奨学金返還支援事業

対象人数（見込み）

人

補助金所要額（見込み）

千円

従業員数

人

※100人以下不可／対象は100人を超える施設

奨学金返還支援事業に参加する場合に限り、「法人の従業員数（正規職員）」を記載

3) 登録番号

追加登録の場合のみ

新規登録の場合は入力不要
過年度に付与された番号がある場合であっても、当該年度で新規登録の場合は入力しない

4) 担当者連絡先

所属部署※

氏名※

電話番号※

メールアドレス※

確認連絡等があった場合に
御対応いただく担当者を記入

送信内容確認画面へ

別紙 1 支援対象者一覧（記入例）

【 基本情報 】

法人名	〇〇法人□□会	住所	埼玉県さいたま市浦和区高砂
代表者名	知事 大野元裕	電話番号 （ハイフンあり）	0 4 8 - 8 3 0 - 3 5 4 3
施設名	埼玉県庁病院	担当者名	看護 太郎
郵便番号 （ハイフンなし）	3309301	メールアドレス	a3560-01@pref.saitama.lg.jp

【 申請内容 】

補助事業名 ※プルダウン選択	県外看護師就業支援金等補助	対象者数(合計)	3
登録済通知番号	26 - 0001	対象経費実支出額(合計)	¥521,600
		交付申請額	¥185,000

※黄色セル内は【支援対象者詳細】を入力すると自動表示されますので、入力不要です。

【 支援対象者詳細 】

NO	対象者氏名	離職時届出の有無 ※潜在看護師の場合のみ	対象経費			補助基準額 b(a×1/2)	補助上限額 C	県補助所要額 ※bとCで小さい方の額 ※千円未満切り捨て	備考
			種別	実支出額	実支出額 (合計)				
					a				
1	埼玉 太郎		就業支援金	300,000	350,000	175,000	100,000	100,000	
			転居費	50,000					
2	こば とん次郎		就業支援金	86,000	86,000	43,000	100,000	43,000	
3	さいたま 花子		転居費	50,000	85,600	42,800	100,000	42,000	対象経費種別「その他」の詳細 →身支度金
			その他	35,600					
4									
5									
合計					521,600	260,800		185,000	

※ 必要に応じてセルを追加してください。

別紙1 支援対象者一覧（記入例）

【 基本情報 】

法人名	〇〇法人□□会	住所	埼玉県さいたま市浦和区高砂
代表者名	知事 大野元裕	電話番号 （ハイフンあり）	0 4 8 - 8 3 0 - 3 5 4 3
施設名	埼玉県庁病院	担当者名	看護 太郎
郵便番号 （ハイフンなし）	3309301	メールアドレス	a3560-01@pref.saitama.lg.jp

【 申請内容 】

補助事業名 ※ブルダウシ選択	潜在看護師就業後継続支援補助	対象者数(合計)	3
登録済通知番号	26 - 0001	対象経費実支出額(合計)	¥467,600
		交付申請額	¥133,000

※黄色セル内は【支援対象者詳細】を入力すると自動表示されますので、入力不要です。

【 支援対象者詳細 】

NO	対象者氏名	離職時届出の有無 ※潜在看護員の場合のみ	対象経費			補助基準額	補助上限額	県補助所要額 ※bとCで小さい方の額 ※千円未満切り捨て	備考
			種別	実支出額	実支出額 (合計)				
					a				
1	埼玉 太郎	届出済み	就業支援金	100,000	100,000	50,000	50,000	50,000	
2	こば とん次郎	届出済み	研修費	300,000	300,000	150,000	50,000	50,000	
3	さいたま 花子	届出済み	研修費	32,000	67,600	33,800	50,000	33,000	対象経費種別「その他」の詳細 →身支度金
			その他	35,600					
4									
5									
合計					467,600	233,800		133,000	

※ 必要に応じてセルを追加してください。

別紙2 支援対象者一覧（記入例）

【 基本情報 】

法人名	〇〇法人□□会	住所	埼玉県さいたま市浦和区高砂
代表者名	知事 大野元裕	電話番号 （ハイフンあり）	0 4 8 - 8 3 0 - 3 5 4 3
施設名	埼玉県庁病院	担当者名	看護 太郎
郵便番号 （ハイフンなし）	3309301	メールアドレス	a3560-01@pref.saitama.lg.jp

【 申請内容 】

補助事業名	奨学金返還支援事業	対象者数(合計)	6
登録済通知番号	26-0003	対象経費実支出額(合計)	¥674,000
		交付申請額	¥252,000

※黄色セル内は【支援対象者詳細】を入力すると自動表示されますので、入力不要です。

【 支援対象者詳細 】

NO	対象者氏名	返還奨学金の名称	看護師等養成所 卒業年月日	申請年度3月末 時点における 支援経過月数	対象経費		補助基準額	補助上限額 (年額)	県補助所要額 ※bとCで小さい方の額 ※千円未満切り捨て	備考	
					手当等支給内容						実支出額 (合計)
											a
1	埼玉 太郎	埼玉県看護師等 育英奨学金	R8年3月31日	12 か月	支給方法	手当支給	180,000	90,000	90,000	90,000	
					支給回数(年)	12					
					支給額(回/円)	10,000					
					その他の支給	30,000					
					※賞与時手当支給等	30,000					
2	こば とん次郎	日本学生支援機 構第一種奨学金	R7年3月31日	24 か月	支給方法	代理返還	144,000	72,000	90,000	72,000	
					支給回数(年)	12					
					支給額(回/円)	12,000					
					その他の支給						
					※賞与時手当支給等						
3	さいたま 花子	〇〇貸与奨学金	R6年3月31日	6 か月	支給方法	手当支給	350,000	175,000	90,000	90,000	
					支給回数(年)	6					
					支給額(回/円)	50,000					
					その他の支給	50,000					
					※賞与時手当支給等						
4				か月	支給方法			90,000			
					支給回数(年)						
					支給額(回/円)						
					その他の支給						
					※賞与時手当支給等						
5				か月	支給方法			90,000			
					支給回数(年)						
					支給額(回/円)						
					その他の支給						
					※賞与時手当支給等						
合計							674,000	337,000		252,000	

※ 必要に応じてセルを追加してください。

別紙3(記入例)

働きやすい柔軟な勤務体制整備及び研修実施報告書

施設名(さいたま県庁病院)

支援対象者:(埼玉 彩子)

①働きやすい柔軟な勤務体制整備の取組み

- ・短時間勤務(常勤)
- ・時差出勤(保育園送迎の時間確保)
- ・定時退勤の徹底(身支度等を終え、病院を出る時間が定時になるように設定)

②研修プログラム(研修期間:令和8年4月6日～令和8年6月30日)

4月6日～4月30日 (1か月目)

研 修 内 容
【オリエンテーション】 ・配属先の設備、日課 ・業務の流れ、患者について説明 ・基準、手順、マニュアルについて ・医療安全について
【業務、看護技術等について、説明と見学を中心に行う】 ・看護技術について、チェックリストにて確認可能ならば指導担当者の指導の下に実施。 ・研修指導者とともに、日常生活援助技術を中心に見学・可能な範囲で実施。 ・業務の見学、可能な範囲で実施する。 ・指導担当者とともに患者を受け持ちながら業務を実施 ・清潔援助、食事の援助等の日常生活援助の見学、実施。 ・酸素吸入、吸引、吸入等の処置の見学実施。
【1か月終了時の振り返り】 ・指導担当者、配属先の管理者、病院の研修責任者と面談

5月1日～5月29日 (2か月目)

研 修 内 容
【指導担当者とともに患者を受け持ちながら業務を実施】 ・点滴業務、与薬の説明、見学、実施 ・受け持ち患者の記録の説明、実施 ・指導をされた内容を振り返り、不足部分についての再指導を行う。
【必要に応じ研修指導者の助言を受けながら、業務を実施】 ・入院患者への対応、緊急時の対応について説明を受ける。
【外部研修受講】
【2か月終了時の振り返り】 ・指導担当者、配属先の管理者、病院の研修責任者と面談

6月1日～6月30日 (3か月目)

研 修 内 容
【必要に応じ指導担当者の助言を受けながら業務を実施】 ・看護計画の立案についての説明、実施
【主体的に業務を実施し、研修指導者の確認を受ける】
【3か月終了時の振り返り】 ・指導担当者、配属先の管理者、病院の研修責任者と面談

※各支援対象者ごとに作成してください。