

令和5年度真室川町看護師就業体験補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、町が県と共同で実施する看護師就業体験に係る交通費及び宿泊費の補助金を交付することに関し、真室川町補助金等交付規則（平成28年規則第17号）に定めがあるもののほか必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 補助金の交付対象となる者(以下「補助対象者」という。)は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 山形県外(以下「県外」という。)に居住し、看護師又は准看護師として県外の病院等に勤務する者
 - (2) 県外に居住し、看護師又は准看護師の資格を取得しているが、未就業である者
 - (3) 日本国内に居住し、看護師等学校養成所に在学する者
 - (4) 町の医療機関及び介護福祉施設等で令和5年7月13日から令和6年3月31日までに看護業務の就業体験を行う者。
- 2 前項の規定にかかわらず、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成30年法律第77号）第2条第22項から第6項までに規定する暴力団員の構成員等に該当する場合は、補助対象者としなない。

(対象経費等)

第3条 対象経費は、補助対象者が就業体験に参加するために、住所地から就業体験地までの往復に要する交通費及び宿泊費のうち、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 期間は令和5年7月13日から令和6年3月31日までとし、往路にあっては就業体験開始日から起算して7日前の日から就業体験開始日までの間の移動、復路にあっては就業体験終了日から起算して7日以内の移動に係る就業体験に必要と認められる交通費(交通費の算出方法は、真室川町一般職の職員等の旅費に関する条例「昭和45年条例第15号」に準ずる。)
 - (2) 就業体験地での宿泊に要する経費のうち、就業体験開始日の前日又は当日の宿泊料金(就業体験地が複数の市町村にまたがる場合は、町への就労体験前日又は当日の宿泊料金に限り、3日以上の場合は最初の2日間分に限る。なお、宿泊費は9,800円を上限とする。)
- 2 補助金の交付は、同一人に対し1回までとする。

(交付金額)

第4条 交付金額は、対象経費の1/2(100円未満切り捨て)又は19,200円のいずれか低い額とする。ただし、就業体験施設から同一の交通費及び宿泊費を対象に助成を受ける時は、その助成額を引いたものを対象経費とする。

(交付の申請)

第5条 補助対象者は、就業体験終了日から起算して30日を経過する日又は令和6年4月7日のいずれか早い日までに、看護師就業体験補助金交付申請書(兼実績報告書)(様式第1号)に次の各号に掲げる書類を添付して、町長に提出しなければならない。

- (1) 就業体験（インターンシップ）実施証明書(様式第2号)
- (2) 対象経費に係る領収書の原本、又は支払いを証明できるもの
- (3) その他町長が必要と認めるもの

(交付の決定)

第6条 町長は、前条により補助金の交付申請があったときは、その内容を審査し、適正と認めるときは、速やかに看護師就業体験補助金交付決定通知書(様式第3号)により、交付決定を行い、申請者に通知するものとする。

(補助金の交付)

第7条 町長は、前条による補助金の交付決定を行った場合は、速やかに支払うものとする。

(補助金の返還)

第8条 町長は、偽りその他不正な行為により補助金の交付を受けた者がいるときは、当該補助金の全部又は一部を返還させるものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めのない事項については、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、令和5年7月13日から適用する。

真室川町長 殿

(申請者)

住所

氏名

(電話番号)

看護師就業体験補助金交付申請書（兼実績報告書）

令和5年度真室川町看護師就業体験補助金交付要綱に基づいて、就業体験補助金交付の関係書類を添付して申請します。

記

1 申請額 金 _____ 円（下表中2⑧の額）

2 申請額積算基礎

① 実際に要した交通費等の額（領収書等の合計金額） なお、自家用車の場合は、最短経路の距離1km （1km未満切り捨て）につき28円とする。	円
② 就業体験施設から同一の交通費及び宿泊費を対象 に助成を受ける時は、その合計金額（予定額）	円
③ ①－②	円
④ ③×1/2（100円未満切り捨て）	円
⑤ ④と19,200円で比較したいずれか低い金額	円
⑥ 山形県から同一の交通費及び宿泊費を対象に助成 を受ける時は、その合計金額（予定額）	円
⑦ 補助金調整額（⑤＋⑥－③） （マイナスの場合は、「0円」と記入）	円
⑧ 交付申請額（⑤－⑦）	

3 経路

年月日	往路・復路の別	公共交通機関	経路（駅又は空港等）	備考

4 宿泊

年月日	宿泊施設名	住所	備考

5 採用面接の選考結果

合	否	〔	採用面接を受けた方のみ、該当する事項を○で囲んでください

※事業の効果を把握するため、就職状況の確認させていただく場合があります。

6 添付書類

- (1) 就業体験（インターンシップ）実施証明書（様式第2号）
- (2) 申請者が支出した経費の領収書の原本、又は支払いを証明できるもの

7 助成金振込先

金融機関名		本支店名	
預金種別	普通 ・ 当座		
(フリガナ)			
口座名義人			
口座番号			(左詰で記入してください)

※記載内容に誤りがあると助成金が振り込まれませんので、正確な記載をお願いします。

※振込先口座に係る通帳の見開き部分の写しなど上記内容が確認できるものを添付してください。

※申請者と補助金振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。

【領収書等添付欄】

様式第2号（第5条関係）

看護師就業体験補助金事業に係る
就業体験（インターンシップ）実施証明書

対象者氏名		
就業体験期間		令和 年 月 日～ 年 月 日
就業体験地	住 所	
	施設名	
旅費助成の有無		有 ・ 無
旅費助成額（予定額）		円

上記について、就業体験を実施したことを証明する。

令和 年 月 日

所在地

名 称

代表者名

印

真室川町長 殿

(担当窓口)

担 当 課	
担当者名	
電話番号	

様

真室川町長

看護師就業体験補助金交付決定通知書

先にお申込みいただいた標記補助金について、下記により決定しましたので通知します。

記

- 1 補助額 円
- 2 振込日 令和 年 月 日
- 3 その他 申請書に記載いただいた口座にお振込みしますので、振込日以降ご確認ください。