

喀痰吸引等研修支援事業支給申請について

必要書類を添付の上、郵送で申請を行ってください。

1. 必要書類

事業名	提出時期	必要書類	郵送及び問合せ先
指導看護師謝礼金	実地研修 修了後	・指導看護師謝礼金支給申請書 ・実地研修修了証明書の写し ・相手方口座振込申出書	障害福祉課 地域生活支援グループ 電話 045-210-1111 内線 4720
実地研修 受入れ協力 金	実地研修 受入前	・実地研修受入れ実施計画書	高齢福祉課 在宅サービスグループ 電話 045-210-1111 内線 4842
	年度末	・実地研修受入実施結果報告書兼協力金支給申請書 ・実地研修受入れ受講修了者一覧表 ・相手方口座振込申出書	

2. 郵送先

※事業内容によって郵送先が異なります。

〒231-8588 横浜市中区日本大通1

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部〇〇〇〇課△△グループ 宛