

## 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	<ul style="list-style-type: none"><li>指導看護師謝礼金支給申請書</li><li>実地研修修了証明書の写し</li><li>相手方口座振込申出書</li></ul>	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	<ul style="list-style-type: none"><li>実地研修受入れ実施計画書</li></ul>	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	<ul style="list-style-type: none"><li>実地研修受入れ実施結果報告書兼協力金支給申請書</li><li>実地研修受入れ受講修了者一覧表</li><li>相手方口座振込申出書</li></ul>	

### 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