



医政第513号
令和7年（2025年）10月1日

各関係団体の長 様

熊本県健康福祉部長
(公 印 省 略)

令和7年度（2025年度）在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援
事業費補助金交付要領の制定について（通知）

このことについて、標題補助事業に係る交付要領を制定しましたので通知します。
つきましては、内容について御了知いただきますようお願いします。

なお、交付要項、交付要領及び申請に係る様式につきましては、下記の熊本県ホームページに掲載しており、事前に要望を受けている医療機関等（別紙参照）には、別途通知しておりますことを申し添えます。

記

掲載場所

熊本県ホームページ > 組織から探す > 健康福祉部 > 医療政策課
> 令和7年度（2025年度）在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業
について

—問合せ・申請書類提出先—

熊本県健康福祉部健康局医療政策課

看護班 坂梨、白石

〒862-8570（住所記載省略できます）

電話 096-333-2206

メール sakanashi-r@pref.kumamoto.lg.jp

(別紙) 送付先一覧

【別途通知医療機関等】

- 1 熊本大学病院
- 2 熊本赤十字病院
- 3 済生会熊本病院
- 4 熊本地域医療センター
- 5 熊本市熊本市民病院
- 6 熊本医療センター
- 7 くまもと森都総合病院
- 8 玉名郡市医師会訪問看護ステーション
- 9 熊本中央病院
- 10 にしくまもと病院
- 11 訪問看護ステーション和花
- 12 桃の木訪問看護ステーション
- 13 イエズスの聖心病院
- 14 山鹿市民医療センター
- 15 鶴田病院
- 16 熊本セントラル病院
- 17 熊本機能病院
- 18 くまもと成仁病院

【本通知送付先】

- 1 公益社団法人熊本県看護協会
- 2 公益社団法人熊本県医師会
- 3 公益社団法人全日本病院協会熊本県支部
- 4 熊本県公的病院長会
- 5 全国自治体病院協議会熊本県支部
- 6 一般社団法人日本病院会熊本県支部
- 7 一般社団法人熊本県医療法人協会
- 8 公益社団法人熊本県精神科協会
- 9 熊本県訪問看護ステーション連絡協議会
- 10 一般社団法人熊本県老人保健施設協会

令和7年度（2025年度）在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業費補助金交付要領

（趣旨）

第1条 在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業費補助金（以下「補助金」という。）の交付については、熊本県補助金等交付規則（昭和56年熊本県規則第34号）、熊本県健康福祉補助金等交付要項（以下「要項」という。）に定めるもののほか、この要領に定めるところによる。

（定義）

第2条 在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業（以下「事業」という。）における特定行為看護師等とは、次に掲げる者をいう。

- （1） 保健師助産師看護師法第37条の2に規定する特定行為研修修了者並びに特定行為研修指導者
- （2） 公益社団法人日本看護協会が認定する認定看護師及び認定看護管理者
- （3） 一般社団法人日本精神科看護協会が認定する精神科認定看護師
- （4） 一般財団法人日本助産評価機構が認証するアドバンス助産師

（補助対象）

第3条 事業において補助対象となる分野は、別表1に掲げるものとする。

（補助金額の算定方法等）

第4条 補助金額は、別表2の第4欄に定める補助金額の算定方法により算出された額（その額に千円未満の端数が生じた場合には、別表2の区分ごとに、これを切り捨てる。）とする。

- 2 交付決定前に支出した経費については、原則として令和7年（2025年）4月1日以降に支出した経費を補助対象とするが、やむを得ず当該年度以前に支出せざるを得ない経費で当該年度の研修に係る費用については、補助対象とする。

（交付申請）

第5条 要項第3条第2項第1号の事業計画書は、別記第1号様式によるものとする。

- 2 要項第3条第2項第3号のその他必要とする書類は、別表3によるものとする。

- 3 要項第3条第1項の申請書の提出期限は、令和7年（2025年）10月24日までとし、提出部数は1部とする。

（補助金の交付の条件）

第6条 補助金の交付の条件は、次に掲げる事項とする。

- （1） 事業の内容を変更（軽微な変更を除く。）する場合には、知事の承認を受けなければならない。

- (2) 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を県に納付させることがある。
- (3) 事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
- (4) 当該補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金等の交付を受けてはならない。
- (5) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業の完了の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。
- (6) 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、要項別記第11号様式により速やかに知事に報告しなければならない。
なお、知事に報告があった場合には、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の全部又は一部を県に納付させることがある。

（補助事業の内容等の変更）

- 第7条 要項第5条第2項の事業変更計画書の様式及び添付書類は、第5条第2項及び第3項を準用するものとし、提出部数は1部とする。
- 2 要項第5条第2項の変更申請書の提出期限は、令和8年（2026年）1月31日までとする。

（申請の取下げ）

- 第8条 要項第6条の申請の取下げをすることのできる期間は、交付決定の通知を受けた日から起算して30日を経過する日までとする。

（実績報告）

- 第9条 要項第9条第2項第1号の事業実績書は、別記第2号様式によるものとする。
- 2 要項第9条第2項第3号のその他知事が必要と認める書類は、別表4によるものとする。
- 3 要項第9条第1項の実績報告書の提出期限は、令和8年（2026年）3月31日とし、その提出部数は1部とする。

附 則

この要領は、令和7年（2025年）10月1日から施行し、令和7年（2025年）4月1日から適用する。

別表 1（第 3 条関係）

区分	補助対象分野	認定機関
認定看護師 (A課程)	感染管理	公益社団法人 日本看護協会
	皮膚・排泄ケア	
	緩和ケア	
	がん化学療法看護	
	がん性疼痛看護	
	訪問看護	
	糖尿病看護	
	透析看護	
	摂食・嚥下障害看護	
	小児救急看護	
	認知症看護	
	脳卒中リハビリテーション看護	
	慢性呼吸器疾患看護	
	慢性心不全看護	
認定看護師 (B課程)	19 分野全て	公益社団法人 日本看護協会
認定看護師	精神科	一般社団法人 日本精神科看護協会
認定看護 管理者	サードレベル	公益社団法人 日本看護協会
特定行為 研修受講者	21 区分全て (パッケージ研修も含む)	
特定行為 研修指導者	特定行為研修指導者	
アドバン ス助産師	アドバンス助産師	一般財団法人 日本助産評価機構

別表 2（第 4 条第 1 項関係）

区分	1 基準額	2 対象経費	3 補助率	4 補助金額の算定方法
① 研修受講	研修受講者 1 人 当たり 800 千円	別表 1 に掲げる特定行為看護師等の資格取得等に要する入学金、授業料（受講料）、実習費、教材費及び審査料 ^{※1} （病院等の設置者が負担した経費に限る。）	2 分の 1 以内	(1) 第 1 欄に定める基準額と第 2 欄に定める対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定する。 (2) (1)により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に第 3 欄に定める補助率を乗じて得た額を交付額とする。
② 代替職員雇用	研修受講者 1 人 当たり 1, 200 千円	代替職員 ^{※2} の賃金、諸手当、社会保険料（研修受講者の研修期間に係る経費に限る。）	2 分の 1 以内	(1) 第 1 欄に定める基準額と第 2 欄に定める対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定する。 (2) (1)により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に第 3 欄に定める補助率を乗じて得た額を交付額とする。

※1 審査料は、一般財団法人日本助産評価機構が認証するアドバンス助産師に限る。

※2 代替職員として新たに雇用した者が対象であり、人事異動による増員分は対象外。

認定看護管理者（サードレベル）受講者の代替職員は対象外。

別表 3 （第 5 条第 2 項関係）

添 付 書 類	様 式
・ 経費所要額調書 ① 研修受講 ・ 所要額算出の根拠となる書類（募集要項等） ・ 派遣する看護職員の雇用証明書	別記第 1 号様式その 2

別表 4 （第 9 条第 2 項関係）

添 付 書 類	様 式
・ 経費所要額精算書 ① 研修受講 ＜教育機関への支払の場合＞ ・ 領収書の写し等支払を証する書類 ＜研修受講者への助成又は貸与の場合＞ ・ 研修受講者の受領書の写し等支払を証する書類 ② 代替職員雇用 ・ 辞令の写し、任用通知書の写し等雇用を証する書類 ・ 給与明細 等	別記第 2 号様式その 2

注）貸与の場合は、返還免除要件を設ける場合に限る。

事業計画書

1 医療機関等について		
名	称	
所	在 地	〒
担当者	所 属	
	職名・氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
2 研修内容について		
①研修受講		
受講者	職・氏 名	
	職種	
	採用年月日	
	配属先	
教育機関の名称		
所 在 地		
区 分		認定看護師(A課程) ・ 認定看護師(B課程) ・ 認定看護師 認定看護管理者 ・ アドバンス助産師 ・ 特定行為研修修了者 特定行為研修指導者
補助対象分野		例)「皮膚・排泄管理」、「創傷管理関連」などの受講する分野を記載
研 修 予 定 期 間		年 月 日～ 年 月 日
経費所要見込額	入 学 金	円
	授 業 料	円
	実 習 費	円
	教 材 費	円
	審査料	円
	合計 (A)	0 円
受講者負担額 (B)		円
その他補助金 (C)		円
病院負担額 (A)-(B)-(C)		0 円
病院等の支出予定日		年 月 日
支 払 先		☐ 教育機関あて ・ ☐ 看護職員あて
② 代替職員雇用		
代替職員（予定）氏名		
代替職員の配属先（予定）		
雇用予定期間 (うち補助対象となる雇用期間)		(年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日)
代替職員雇用にかかる費用		円
※賞金、諸手当、健康保険、厚生年金、雇用保険、児童手当等の支出予定の内訳を別紙（様式自由）として添付してください。		

研修受講者が複数いる場合には、人数分コピーして御記入ください。

経費所要額調書

医療機関名： _____

	区分	人数	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 (C) = (A) - (B)	対象経費の支出予定額 (D)	別表2の第1欄に定める基準額 (E)	選定額 (F)	県補助基本額 (G)	別表2の第3欄に定める補助率 (H)	県補助所要額 (I) = (G) × (H)	備考
			円	円	円	円	円	円		円	円	
①	研修受講				0		0	0	0	1/2	0	
②	代替職員雇用				0		0	0	0	1/2	0	
	計		0	0	0	0					0	

- (注) 1. 色のついたセルには計算式等が入っているため、記入しないこと。
2. 「総事業費(A)」欄には、本事業にかかったすべての経費の合計金額を記入すること。
3. 「対象経費の支出予定額(D)」欄には、別記第2号様式の「病院負担額」欄の合計額を記入すること。
4. 「選定額(F)」欄は、「対象経費の支出予定額(D)」欄と「基準額(E)」欄を比較して少ない方の額となる。
5. 「県補助基本額(G)」欄は、「差引額(C)」欄と「選定額(F)」欄を比較して少ない方の額となる。
6. 「県補助所要額(I)」欄は、「県補助基本額(G)」欄に記載された額に「補助率(H)」欄の補助率を乗じて得た額となるが、算出額に1,000円未満の端数が生じた場合には、区分ごとにこれを切り捨てた額を記入すること。

事業実績書

1 医療機関等について		
名 称		
所 在 地		〒
担当者	所 属	
	職名・氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
2 研修内容について		
①研修受講		
受講者	職・氏 名	
	職種	
	採用年月日	
	配属先	
教育機関の名称		
所 在 地		
区 分		認定看護師(A課程) ・ 認定看護師(B課程) ・ 認定看護師 認定看護管理者 ・ アドバンス助産師 ・ 特定行為研修修了者 特定行為研修指導者
補助対象分野		例)「皮膚・排泄管理」、「創傷管理関連」などの受講する分野を記載
研 修 期 間		年 月 日～ 年 月 日
経費 所要 実績 額	入 学 金	円
	授 業 料	円
	実 習 費	円
	教 材 費	円
	審査料	円
	合計 (A)	円
受講者負担額 (B)		円
その他補助金 (C)		円
病院負担額 (A)-(B)-(C)		円
病院等の支出日		年 月 日
支 払 先		☐ 教育機関あて ・ ☐ 看護職員あて
② 代替職員雇用		
代替職員氏名		
代替職員配属先		
雇用期間 (うち補助対象となる雇用期間)		(年 月 日 ～ 年 月 日) (年 月 日 ～ 年 月 日)
代替職員雇用にかかる費用		円
※賞金、諸手当、健康保険、厚生年金、雇用保険、児童手当等の支出内訳を別紙（様式自由）として添付してください。		

研修受講者が複数いる場合には、人数分コピーして御記入ください。

経費所要額精算書

医療機関名：

	区分	人数	総事業費	寄付金その他の収入額	差引額	対象経費の実支出額	別表2の第1欄に定める基準額	選定額	県補助基本額	別表2の第3欄に定める補助率	県補助所要額	県補助交付決定額	県補助受入済額	差引過不足額	備考
			(A)	(B)	(C) = (A) - (B)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I) = (G) × (H)	(J)	(K)	(L) = (I) - (K)	
			円	円	円	円	円	円		円	円	円	円	円	
①	研修受講				0		0	0	0	1/2	0			0	
②	代替職員雇用				0		0	0	0	1/2	0			0	
	計		0	0	0	0					0	0	0	0	

(注) 1. 色のついたセルには計算式等が入っているため、記入しないこと。

2. 「総事業費(A)」欄には、本事業にかかったすべての経費の合計金額を記入すること。

3. 「対象経費の実支出額(D)」欄には、別記第2号様式の「病院負担額」欄の合計額を記入すること。

4. 「選定額(F)」欄は、「対象経費の実支出額(D)」欄と「基準額(E)」欄を比較して少ない方の額となる。

5. 「県補助基本額(G)」欄は、「差引額(C)」欄と「選定額(F)」欄を比較して少ない方の額となる。

6. 「県補助所要額(I)」欄は、「県補助基本額(G)」欄に記載された額に「補助率(H)」欄の補助率を乗じて得た額となるが、算出額に1,000円未満の端数が生じた場合には、区分ごとにこれを切り捨てた額を記入すること。

別記第1号様式(第3条関係)

		番		号
		令和7年(2025年)	月	日
熊本県知事	様			
	住所			
(申請者)	氏名			
令和7年度(2025年度)在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業費補助金 交付申請書 令和7年度(2025年度)において、在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業を実施したい ので、金 ■ 円を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第3条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項 第3条の規定により関係書類を添えて申請します。				

※申請者の押印を省略する場合

書類の提出方法	紙・電子メール・ファクシミリ				
書類発行責任者氏名	:		連絡先(電話番号)	:	
担当者氏名	:		連絡先(電話番号)	:	

収支予算書

1 収入の部

区 分	予 算 額	前年度予算額	比 較		備 考
			増	減	
県補助金					
市町村費					
そ の 他					
計	0	0			

2 支出の部

区 分	予 算 額	前年度予算額	比 較		備 考
			増	減	
計	0	0			

(注)区分欄の記入方法

- 1 市町村直営、団体営等直接補助事業の場合、収入の部は自己負担分を含めて記入し、支出の
- 2 間接補助事業の場合の支出の部の区分欄は、〇〇事業補助金、事業負担金 等のほか、事

事業計画書

1 医療機関等について		
名	称	
所	在 地	〒
担当者	所 属	
	職名・氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
2 研修内容について		
①研修受講		
受講者	職・氏 名	
	職種	
	採用年月日	
	配属先	
教育機関の名称		
所 在 地		
区 分		認定看護師(A課程) ・ 認定看護師(B課程) ・ 認定看護師 認定看護管理者 ・ アドバンス助産師 ・ 特定行為研修修了者 特定行為研修指導者
補助対象分野		例) 「皮膚・排泄管理」、「創傷管理関連」などの受講する分野を記載
研 修 予 定 期 間		年 月 日～ 年 月 日
経費所要見込額	入 学 金	円
	授 業 料	円
	実 習 費	円
	教 材 費	円
	審査料	円
	合計 (A)	0 円
受講者負担額 (B)		円
その他補助金 (C)		円
病院負担額 (A)-(B)-(C)		0 円
病院等の支出予定日		年 月 日
支 払 先		☐ 教育機関あて ・ ☐ 看護職員あて
② 代替職員雇用		
代替職員（予定）氏名		
代替職員の配属先（予定）		
雇用予定期間 (うち補助対象となる雇用期間)		(年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日)
代替職員雇用にかかる費用		円
※賃金、諸手当、健康保険、厚生年金、雇用保険、児童手当等の支出予定の内訳を別紙（様式自由）として添付してください。		

研修受講者が複数いる場合には、人数分コピーして御記入ください。

経 費 所 要 額 調 書

医療機関名：0

	区分	人数	総事業費 (A) 円	寄付金その他の収入額 (B) 円	差引額 (C) = (A) - (B) 円	対象経費の支出予定額 (D) 円	別表 1 の第 1 欄に定める基準額 (E) 円	選定額 (F) 円	県補助基本額 (G) 円	別表 2 の第 3 欄に定める補助率 (H) 円	県補助所要額 (I) = (G) × (H) 円	備考
①	研修受講				0		0	0	0	1/2	0	
②	代替職員雇用				0		0	0	0	1/2	0	
	計		0	0	0	0					0	

- (注) 1. 色のついたセルには計算式等が入っているため、記入しないこと。
2. 「総事業費(A)」欄には、本事業にかかったすべての経費の合計金額を記入すること。
3. 「対象経費の支出予定額(D)」欄には、別記第2号様式の「病院負担額」欄の合計額を記入すること。
4. 「選定額(F)」欄は、「対象経費の支出予定額(D)」欄と「基準額(E)」欄を比較して少ない方の額となる。
5. 「県補助基本額(G)」欄は、「差引額(C)」欄と「選定額(F)」欄を比較して少ない方の額となる。
6. 「県補助所要額(I)」欄は、「県補助基本額(G)」欄に記載された額に「補助率(H)」欄の補助率を乗じて得た額となるが、算出額に1,000円未満の端数が生じた場合には、区分ごとにこれを切り捨てた額を記入すること。

別記第7号様式(第9条関係)

		令和8年(2026年)		番	号
		月		日	
熊本県知事		様			
		住所	0		
(補助事業者)		氏名	0		
			0		
令和7年度(2025年度)在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業費補助金実績報告書					
令和7年(2025年) 月 日付け医政第 号の交付決定通知に基づき、令和7年度(2025年度)在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業を実施したので、熊本県補助金等交付規則第13条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第9条の規定により、関係書類を添えてその実績を報告します。					
添付書類					
1 事業実績書					
2 収支精算書					
3					
.					
.					
.					
.					

※申請者の押印を省略する場合

書類の提出方法 :		紙・電子メール・ファクシミリ	
書類発行責任者氏名 :	0	連絡先(電話番号) :	0
担当者氏名 :	0	連絡先(電話番号) :	0

収支精算書

1 収入の部

区 分	精算額	予算額	比 較		備 考
			増	減	
県補助金		0			
市町村費		0			
その他		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
計	0	0			

2 支出の部

区 分	精算額	予算額	比 較		備 考
			増	減	
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
0		0			
計	0	0			

(注)区分欄の記入方法

- 1 市町村直営、団体営等直接補助事業の場合、収入の部は自己負担分を含めて記入し、支出
- 2 間接補助事業の場合の支出の部の区分欄は、〇〇事業補助金、事業負担金 等のほか、

事業実績書

1 医療機関等について		
名 称		
所 在 地		〒
担当者	所 属	
	職名・氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
2 研修内容について		
①研修受講		
受講者	職・氏 名	
	職種	
	採用年月日	
	配属先	
教育機関の名称		
所 在 地		
区 分		認定看護師(A課程) ・ 認定看護師(B課程) ・ 認定看護師 認定看護管理者 ・ アドバンス助産師 ・ 特定行為研修修了者 特定行為研修指導者
補助対象分野		例)「皮膚・排泄管理」、「創傷管理関連」などの受講する分野を記載
研 修 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日
経費所要実績額	入 学 金	円
	授 業 料	円
	実 習 費	円
	教 材 費	円
	審査料	円
	合計 (A)	円
受講者負担額 (B)		円
その他補助金 (C)		円
病院負担額 (A) - (B) - (C)		円
病院等の支出日		年 月 日
支 払 先		☐ 教育機関あて ・ ☐ 看護職員あて
② 代替職員雇用		
代替職員氏名		
代替職員配属先		
雇用期間 (うち補助対象となる雇用期間)		(年 月 日 ～ 年 月 日) (年 月 日 ～ 年 月 日)
代替職員雇用にかかる費用		円
※賞金、諸手当、健康保険、厚生年金、雇用保険、児童手当等の支出内訳を別紙（様式自由）として添付してください。		

研修受講者が複数いる場合には、人数分コピーして御記入ください。

経費所要額精算書

医療機関名：0

	区分	人数	総事業費 (A)	寄付金その他の収入額 (B)	差引額 (C) = (A) - (B)	対象経費の実支出額 (D)	別表1の第1欄に定める基準額 (E)	選定額 (F)	県補助基本額 (G)	別表2の第3欄に定める補助率 (H)	県補助所要額 (I) = (G) × (H)	県補助交付決定額 (J)	県補助受入済額 (K)	差引過不足額 (L) = (I) - (K)	備考
			円	円	円	円	円	円		円	円	円	円	円	
①	研修受講				0		0	0	0	1/2	0			0	
②	代替職員雇用				0		0	0	0	1/2	0			0	
	計		0	0	0	0					0	0	0	0	

(注) 1. 色のついたセルには計算式等が入っているため、記入しないこと。
2. 「総事業費(A)」欄には、本事業にかかったすべての経費の合計金額を記入すること。
3. 「対象経費の実支出額(D)」欄には、別記第2号様式の「病院負担額」欄の合計額を記入すること。
4. 「選定額(F)」欄は、「対象経費の実支出額(D)」欄と「基準額(E)」欄を比較して少ない方の額となる。
5. 「県補助基本額(G)」欄は、「差引額(C)」欄と「選定額(F)」欄を比較して少ない方の額となる。
6. 「県補助所要額(I)」欄は、「県補助基本額(G)」欄に記載された額に「補助率(H)」欄の補助率を乗じて得た額となるが、算出額に1,000円未満の端数が生じた場合には、区分ごとにこれを切り捨てた額を記入すること。

令和7年度(2025年度)在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業費補助金
概算払(前金払)請求書

令和7年(2025年) 月 日付け医政第 号で交付決定の通知があった令和7年度(2025年度)特定行為看護師等養成支援事業費補助金のうち、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第16条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第11条の規定により請求します。

記

請求額 金 円

(市町村の場合は記入不要)

1 口座振替払	
金融機関名	〇〇銀行〇〇支店
預金種目	1普通 2当座
口座番号	
口座名義	
2 直接払	
3 送金払	

令和 年 月 日

(補助事業者) 住所 0
氏名 0
0

熊本県知事 様

概算払(前金払)を必要とする理由

※申請者の押印を省略する場合

書類の提出方法	紙・電子メール・ファクシミリ	
書類発行責任者氏名	0 連絡先(電話番号)	0
担当者氏名	0 連絡先(電話番号)	0

←県の交付決定日及び文書番号を入力

←県の交付決定額を入力

←振込口座を入力

←提出日を入力

←シート1から転記

←シート1から転記

←シート1から転記

←理由を入力

←シート1から転記

←シート1から転記

令和7年度(2025年度)特定行為看護師等養成支援事業費補助金交付請求書

令和 年 月 日付け医政第 号で確定の通知があった令和7年度(2025年度)特定行為看護師等養成支援事業費補助金として、下記の金額を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第16条の規定により請求します。

記

請求額 金 円

(市町村の場合は記入不要)

1 口座振替払	
金融機関名	〇〇銀行〇〇支店
預金種目	1 普通 2 当座
口座番号	
口座名義	
2 直接払	
3 送金払	

令和 年 月 日

(補助事業者)

住所 0

氏名 0
0

熊本県知事 様

※申請者の押印を省略する場合

書類の提出方法	紙・電子メール・ファクシミリ		
書類発行責任者氏名	0	連絡先(電話番号)	0
担当者氏名	0	連絡先(電話番号)	0

←県の交付確定日及び文書番号を入力

←県の交付確定額を入力

←振込口座を入力



←提出日を入力

←シート1から転記

←シート1から転記

←シート1から転記

←シート1から転記

←シート1から転記

補助金申請者と異なる名義の口座に振込を希望される場合に提出

委任状

私は、下記 1 の者を代理人と定め、下記 2 に規定する事項を委任します。

記

1 代理人

住所
商号等
代表者職氏名

2 委任事項

次の補助金の受領に関する一切の権限

令和 7 年度（2025 年度）特定行為看護師等養成支援事業費補助金 金 円

令和 年 月 日

委任者

住所
商号等

代表者職氏名

印

口座振替申出書

本件委任に係る令和 7 年度（2025 年度）特定行為看護師等養成支援事業費補助金につきましては、下記口座に振り込みいただきますようお願いします。

記

1 口座振込先

金融機関名
種別・口座番号
口座名義

受任者

住所
商号等

代表者職氏名

印

別記第11号様式(第12条関係)

		番		号	
		令和8年(2026年)		月	日
熊本県知事		様			
		住所	0		
(申請者)		氏名	0		
			0		
令和7年度(2025年度)消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書					
令和7年(2025年) 月 日付け医政第 号により交付決定があった令和7年度(2025年度)在宅医療等に係る特定行為看護師等養成支援事業費補助金について、熊本県健康福祉補助金等交付要項第12条第1項の規定に基づき、下記のとおり報告します。					
記					
1 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第15条に基づく額の確定額又は事業実績報告額					
		金			円
2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額					
		金			円
(注)別添参考となる書類(2の金額の積算の内訳等)					

※申請者の押印を省略する場合

書類の提出方法 :		紙・電子メール・ファクシミリ	
書類発行責任者氏名 :	0	連絡先(電話番号) :	0
担当者氏名 :	0	連絡先(電話番号) :	0