

令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金交付要項

(趣旨)

第1条 知事は、がん診療に携わる看護師及び薬剤師がより専門的な技術及び知識を有することでがん患者の状態に応じて適切な医療を提供できるよう、医療機関等が行うがん専門医療従事者育成推進事業に対し、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、この補助金の交付については、茨城県補助金等交付規則（昭和36年茨城県規則第67号。以下、「規則」という。）に定めるもののほか、この要項の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要項において、「病院」とは医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する施設をいう。

2 この要項において、「診療所」とは医療法第1条の5第2項に規定する施設をいう。

3 この要項において、「訪問看護ステーション」とは介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第4項に規定する訪問看護を行う事業所のうち、同法第71条の規定により開設者が指定居宅サービス事業者とみなされた病院及び診療所を除く施設をいう。

4 この要項において、「審査」とは、公益社団法人日本看護協会が実施する専門看護師認定審査または認定看護師認定審査をいう。

5 この要項において、「試験」とは、一般社団法人日本医療薬学会が実施するがん専門薬剤師認定試験または一般社団法人日本病院薬剤師会が実施するがん薬物療法認定薬剤師認定試験をいう。

(補助事業者等)

第3条 補助事業者、補助要件、補助対象経費、補助基準額及び補助率は次のとおりとする。

ただし、本事業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。

補助事業者	病院、診療所及び訪問看護ステーション	
補助要件	補助事業者が別表に定める資格の取得に必要となる教育課程または研修（以下、「教育課程」という。）に職員を派遣し、当該教育課程の受講に要する費用を負担した場合、当該補助事業者に対し、予算の範囲内で補助金を交付する。	
補助対象経費	上記補助要件に該当し、補助事業者が負担した下表の経費	
	項目	内訳
	授業料等	入学金、授業料、研修費、実習費、書籍費
	宿泊費等	受講期間中の宿泊費（食費を除く）、交通費
	賃金等	受講期間中の代替職員の賃金、諸手当、社会保険料
補助基準額	1,000千円	
補助率	2分の1	

(交付額の算定方法)

第4条 この補助金の交付額は、前条に定める補助対象経費の合計額と補助基準額を比較して、少ない方の額に、補助率2分の1を乗じて得た額を交付額とする。

ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合、これを切り捨てるものとする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者は、補助金交付申請書(様式第1号)を別に定める期日までに知事へ提出するものとする。

(補助金の交付決定の通知)

第6条 知事は、補助金交付申請書を受け付けたのち、その内容が適正であると認めるときは、補助金交付決定通知書(様式第2号)により補助金の交付決定を通知するものとする。

(申請の取下げ期間)

第7条 規則第8条第1項の知事の定める期日は、前条の交付決定通知書の送付を受けた日から14日以内とする。

(変更申請手続き)

第8条 第6条の規定により、補助金の交付決定の通知を受けた者(以下、「補助事業者」という。)は、この補助金の交付対象となった事業(以下、「補助事業」という。)の内容又は補助対象経費の項目間の配分を変更しようとするときは、補助金変更交付申請書(様式第3号)を知事に提出し、その承認(様式第4号)を受けなければならない。

ただし、軽微な内容変更及び項目間の配分の20パーセント以内の変更については、この限りではない。

(補助金の返還)

第9条 知事は、受講者が次の各号のいずれかに該当する場合には、補助金の交付決定を取り消し、補助事業者は、既に補助金の交付を受けているときは、当該各号に規定する事由が生じた日の属する年度の翌年度の終了時までには補助金を返還しなければならない。ただし、補助事業者に所属する受講者が業務により死亡し、又は業務に起因する心身の故障のために業務を継続することができなくなったときは、この限りでない。

- (1) 教育課程を修了できなかったとき。
- (2) 審査または試験に、教育課程を修了した日が属する年度の翌年度から起算して3カ年度以内に合格しなかったとき。
- (3) 教育課程を修了した日以降、直ちに受講者の所属する補助事業者で看護師または薬剤師の業務に従事しなかったとき。
- (4) 教育課程を修了した日以降、受講者の所属する補助事業者で業務に従事した期間が3年に満たなかったとき。
- (5) その他補助金の交付の目的を達成する見込みがなくなったと認められるとき。

(補助事業の中止等)

第10条 補助事業者は、補助事業を中止し、又は廃止しようとするときは、予めその理由を記載した書面により知事の承認を受けなければならない。

2 補助事業者は、補助事業が予定の期間内に完了しないとき、又はその遂行が困難となったときは、速やかに書面により知事に報告し、その指示を受けなければならない。

(実績報告)

第11条 補助事業者は、補助事業が完了したとき（補助事業を中止し、又は廃止したときを含む。）は、補助事業が完了した日から起算して30日を経過した日又は令和7年3月31日のいずれか早い日までに実績報告書（様式第5号）を知事へ提出しなければならない。

2 補助事業者は、その所属する受講者が、審査または試験を受け、その結果が発表された日から3ヶ月以内に審査結果報告書（様式第6号）を知事へ提出するものとする。

(補助金の額の確定)

第12条 知事は、前条第1項の規定による実績報告書の提出を受けた場合には、交付すべき補助金の額を確定し、当該補助事業者に補助金確定通知書（様式第7号）により通知するものとする。

(帳簿等の保存)

第13条 補助事業者は、補助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、これらを補助事業完了後5年間保管しておかなければならない。

(消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額)

第14条 補助事業者は、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れ控除税額が確定した場合は、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書（様式第8号）により速やかに知事に報告しなければならない。

なお、補助事業者が全国的に事業を展開する組織の一支部（又は一支社、一支所等）であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部（又は本社、本所等）で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上げ割合等の申告内容に基づき報告を行うこと。

また、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れ控除税額の全部または一部を県に納付させることがある。

(活動報告)

第15条 この事業による補助金の交付を受けた補助事業者は、その受講者が別表に定める資格を取得した年度を含めて3年間、毎年度終了後1ヶ月以内に業務従事状況届（様式第9号）により業務従事状況を知事に報告するものとする。

付 則

この要項は、令和6年4月1日から施行する。

別表

審査機関	資格名	補助対象とする教育課程または研修
公益社団法人 日本看護協会	がん看護専門看護師	一般社団法人日本看護系大学協議会が認定する高度実践看護師教育課程（旧名称：専門看護師教育課程）のうち、中欄に掲げる専門看護師の取得に受講が必要な教育課程
	遺伝看護専門看護師	
	緩和ケア認定看護師（A・B課程）	公益社団法人日本看護協会が認定する認定看護師教育機関における教育課程のうち、中欄に掲げる認定看護師の取得に受講が必要な教育課程（※）
	がん薬物療法看護認定看護師	
	がん化学療法看護認定看護師	
	がん性疼痛看護認定看護師	
	乳がん看護認定看護師 （A・B課程）	
	がん放射線療法看護認定看護師 （A・B課程）	
在宅ケア認定看護師 訪問看護認定看護師		
一般社団法人 日本病院薬剤師会	がん薬物療法認定薬剤師	一般社団法人日本病院薬剤師会が実施するがん薬物療法認定薬剤師研修事業
一般社団法人 日本医療薬学会	がん専門薬剤師	一般社団法人日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師研修施設において、当該学会の定めた研修ガイドラインに従って実施されるがん専門薬剤師の取得に必要な研修

※現行の認定看護師（A課程認定看護師）が新たな認定看護師（B課程認定看護師）に移行する目的で受講する特定行為研修は補助対象外とする。

様式第 1 号

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

所 在 地
名 称
代表者名

令和 6 年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金交付申請書

このことについて、下記により補助金を交付されたく、令和 6 年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金交付要項第 5 条に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請額 _____ 円
- 2 事業実施計画書（別紙 1）
- 3 所要額調書（別紙 2）
- 4 補助金の受領方法（○で囲むこと。）
 - (1) 直接払
 - (2) 隔地払
 - (3) 口座振替払

銀行名（預金種目）	銀行	支店	（普通・当座）
口座番号			
（カナ）			
口座名義			

様式第2号

番 号
年 月 日

所在地
名称
代表者名

茨城県知事
(公 印 省 略)

令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金交付決定通知書

年 月 日付け 第 号で申請のあった令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金については、茨城県補助金等交付規則（昭和36年茨城県規則第67号）第5条の規定により、下記のとおり交付することと決定したので、同規則第7条の規定により通知する。

記

- この補助金の交付の対象となる事業（以下「事業」という。）は、令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金交付要項（以下「交付要項」という。）の第3条に定める事業であり、その内容は、年 月 日付け 第 号申請書記載のとおりとする。
- この事業の補助対象経費及び補助金の額は次のとおりとする。
 - 補助対象経費 円
 - 補助金の額 円
- 交付の条件

様式第3号

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

所 在 地
名 称
代表者名

令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金変更交付申請書

年 月 日付け 第 号で交付決定通知のあった令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金について、下記のとおり事業の内容を変更したいので、令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金交付要項第8条の規定により申請します。

記

- 1 変更の理由
- 2 変更の内容（変更内容に応じて、別紙1又は別紙2を添付すること）

所在地
名称
代表者名

茨城県知事
(公 印 省 略)

令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金変更交付決定通知書

年 月 日付け 第 号で交付決定した令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金については、年 月 日付け 第 号の申請に基づき、決定した内容の一部を次のとおり変更することに決定したので通知する。

記

- この補助金の交付の対象となる事業（以下「事業」という。）は、令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金交付要項（以下「交付要項」という。）の第3条に定める事業であり、その内容は、年 月 日付け 第 号申請書記載のとおりである。
- この事業の補助対象経費及び補助金の額は、次のとおりである。
 - 補助対象経費 円
 - 補助金の額 円
 - 今回交付決定額 円（A）
 - 前回までの交付決定額 円（B）
 - 差引増減額 円（A）－（B）

様式第5号

番 号
年 月 日

茨城県知事 殿

所 在 地
名 称
代表者名

令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金実績報告書

標記について、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

- 1 精算額 円
- 2 受講状況報告書（別紙3）
- 3 精算額調書（別紙2）
- 4 添付書類
教育課程を修了したことを証明する書類（卒業証明書又は修了証明書等）

茨城県知事 殿

所在地
 名称
 代表者名

令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金審査結果報告書

標記について、下記のとおり報告します。

記

受講者氏名				
審査または試験の名称				
審査または試験の実施日				
審査または試験の対象となる資格名 (いずれかに○をつける)		がん看護専門看護師		がん放射線療法看護認定看護師 (A 課程)
		遺伝看護専門看護師		がん放射線療法看護認定看護師 (B 課程)
		緩和ケア認定看護師 (A 課程)		訪問看護認定看護師
		緩和ケア認定看護師 (B 課程)		在宅ケア認定看護師
		がん化学療法看護認定看護師		がん専門薬剤師
		がん薬物療法看護認定看護師		がん薬物療法認定薬剤師
		乳がん看護認定看護師 (A 課程)		がん性疼痛看護認定看護師
		乳がん看護認定看護師 (B 課程)		
審査または試験の結果 (いずれかに○をつける)	合 格 ・ 不 合 格			
現在の勤務課所、病棟、 役職、勤務内容等 (本報告書提出時)				

*合格の場合、合格通知や認定証書など審査または試験に合格したことを証明する書面の写しを添付すること。

様式第7号

番 号
年 月 日

所在地：
名称：
代表者名：

茨城県知事
(公 印 省 略)

令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金確定通知書

年 月 日付け 第 号で実績報告のあった令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金については、茨城県補助金等交付規則（昭和36年茨城県規則第67号）第14条の規定に基づき、下記のとおり補助金の額を確定したので通知します。

記

補助金の確定額 金 円

茨城県知事 殿

所 在 地
名 称
代表者名

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日付け 第 号により交付決定があった令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業費補助金について、下記のとおり報告します。

- 1 補助金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
- 3 別添参考となる書類（2の金額の積算内訳等）

茨城県知事 殿

所在地
名称
代表者名

業務従事状況届

業務従事状況について、下記のとおり報告いたします。

記

【記載事項： 年 4月 1日現在】

1 受講者氏名			(男・女)
2 取得した資格名			
3 資格取得年月日	年	月	日
4 勤務先	(1) 施設名		
	(2) 所在地		
	(3) 連絡先	TEL :	FAX :
5 従事 状況	現在の所属部署		
	職名		
	勤務日数 (年間)		
	具体的な職務内容		

*資格を取得した年度を含めて3年間、本様式により業務従事状況を毎年度終了後1ヶ月以内に報告するものとする。

(別紙1)

事業実施計画書

1 受講者調書

(1) 受講者氏名			(受講者の顔写真を貼付してください)
(2) 現住所	TEL :		
(3) 生年月日	年 月 日 (満 歳)		
(4) 所属	(1) 医療機関名		
	(2) 所在地		
	(3) 連絡先	TEL :	FAX :
(5) 従事職務内容	現在の所属部署		
	従事職名		
	具体的な職務内容		
(6) 経験年数	臨床(従事)経験 年 月 (うち今回受講する分野の経験年数 年 月)		
(7) 最終卒業	(1) 学校名		
	(2) 卒業年月日		
(8) 看護師または薬剤師免許	(1) 番号		
	(2) 取得年月日		

2 教育課程の概要

(1) 取得希望資格			
(2) 受講者受け入れ施設	(1) 施設名		
	(2) 所在地		
	(3) 連絡先	TEL :	FAX :
(3) 受講期間 (うち補助対象となる受講期間)	年 月 日から 年 月 日まで (年 月 日から 年 月 日まで)		
(4) 受講期間中の宿泊地			
(5) 所属施設における、受講期間中の受講者の取り扱いについて	身分		
	給料等		

* 教育課程の受講が可能であることを確認できる書類(例:認定看護師教育課程合格通知書)を付すること。その他、受講内容に関する資料がある場合は適宜添付すること。

3 代替職員

(1) 雇用職員氏名			
(2) 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)		

* 辞令等代替職員が勤務していることを証明する書類を添付すること。

(別紙2) 令和6年度がん専門医療従事者育成推進事業 所要額調書(精算額調書)

補助事業者名: _____

受講者名: _____

項目	区分	A 所要額 (精算額)	(Aの内容、積算等)	B 補助 対象経費	C 変更所要額 (変更する場合のみ)	D 基準額	E 選定額	F 補助額
		授業料等	入学金 授業料 研修費・実習費 書籍費 計(①)					
宿泊費等	宿泊費 交通費 計(②)							
賃金等(③)								
合計(①+②+③)						1,000,000円		

- 1 「変更所要額(C)」欄は、交付要項第8条による場合のみ記入すること。
- 2 「選定額(E)」欄は、「補助対象経費(B)」(又は「変更所要額(C)」)の合計と基準額を比較して、少ない額を記入すること。
- 3 「補助額(F)」欄は、「選定額(E)」の額に2分の1を乗じた額を記入すること。ただし、千円未満の端数が生じたときは、切り捨てること。
- 4 「入学金、授業料、研修費、実習費」は、教育課程を受講するために係る費用とし、他の地方公共団体や公益法人等から助成金等を受けている場合には、その額を対象経費から除くものとする。
- 5 「書籍費」は、教育課程を受講するために必要なものとして購入した書籍のみ、対象として記入すること。
- 6 「宿泊費」は、教育課程を受講するにあたり、自宅から通学が困難なため宿泊施設等に宿泊して通学した場合の経費を対象とするが、その上限は「職員の旅費に関する条例(昭和28年茨城県条例第56号)」に規定された金額とする。
- 7 「交通費」は、自宅から通学する場合は、自宅から研修施設までの交通費を対象とし、自宅から通学が困難なために自宅以外の宿泊地から通学する場合には、宿泊地から研修施設までの通学に要する交通費を対象とするが、それらの上限は「職員の給与に関する条例(昭和27年茨城県条例第9号)」に規定された金額とする(回数券や定期券を利用したときの金額であり、定期券であれば概ね6箇月定期を購入したときの金額となる)。また、これに加えて、自宅から宿泊地までの往復の交通費(教育課程受講開始時及び終了時のみ)も対象とするが、その上限は「職員の旅費に関する条例(昭和28年茨城県条例第56号)」に規定された金額とする。
- 8 「賃金等」は、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。

(別紙3)

受講状況報告書

1 受講者受け入れ施設	(1) 施設名 (学科)	(学科・分野名)
	(2) 所在地	
	(3) 連絡先	TEL : FAX :
2 受講期間の状況	(1) 受講期間 (うち補助対象となる受講期間)	年 月 日から 年 月 日まで (年 月 日から 年 月 日まで) *教育課程のスケジュール等があれば添付してください。
	(2) 受講状況	要出席日数 実出席日数 欠席日数 (その理由 :)
3 受講期間中の宿泊地		
4 受講者の所属する施設における、受講期間中の身分の取り扱いについて	身分	
	給料等	
5 代替職員	氏名	
雇用期間 (うち補助対象となった雇用期間)		年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月 日 ~ 年 月 日)
6 その他 (研修課程や受講について特筆すべき事項があれば記入すること)		