

NICU 等からの地域移行支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第4条の規定に基づき、NICU等からの地域移行支援事業補助金（以下「本補助金」という。）の交付について、規則に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(交付目的)

第2条 本補助金は、NICU等での治療が終了し、自宅移行支援を行う場合に訪問看護及び訪問リハビリテーションに関わる仕組みを構築することで、子どもが早期に退院して、安心安全に地域で生活できることを目的とし、これに係る支援を行うため交付する。

(定義)

第3条 この要綱において、「NICU等」とは、医療機関が設置する「新生児集中治療室（NICU）、集中治療室（ICU）又はこれに準じた医療を行う施設」をいう。

2 この要綱において、「訪問看護事業所」とは、健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第89条に規定する訪問看護事業所をいう。

3 この要綱において、「訪問リハビリテーションを行う病院等」とは、在宅で療養を行っている患者に対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションを行う病院又は診療所をいう。

4 この要綱において、「訪問看護師等」とは、訪問看護事業所又は訪問リハビリテーションを行う病院等において次に該当する者をいう。

(1) 訪問看護事業所において訪問看護サービスを提供する保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (2) 訪問リハビリテーションを行う病院等において訪問リハビリテーションサービスを提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

5 この要綱において、「事業対象者」とは、原則としてNICU等に入院した子どものうち、以下の要件をすべて満たす者に係るものとする。

① 0歳から就学前までの者

② 鳥取大学医学部附属病院又は鳥取県立中央病院の要請により、当該病院のNICU等に入院してから退院するまでの間又は、その後に関連する医療機関に転院してから退院するまでの間において訪問看護師等の支援が必要とされた者

(補助金の交付)

第4条 県は、第2条の目的の達成に資するため、別表の第1欄に掲げる事業（以下「補助事業」という。）を行う同表の第2欄に掲げる者（以下「補助事業者」という。）に対し、予算の範囲内で本補助金を交付する。

2 本補助金の額は、補助事業に要する別表の第3欄に掲げる経費（以下「補助対象経費」という。）の額（仕入控除税額（補助対象経費に含まれる消費税及び地方消費税に相当する額のうち、消費税法（昭和63年法律第108号）に規定する仕入れに係る消費税額として控除できる部分の金額と、当該金額に地方消費税（昭和25年法律第226号）に規定する地方消費税率を乗じて得た金額の合計をいう。以下同じ。）を除く。）に、同表の第4欄に定める率（以下「補助率」という。）を乗じて得た額以下とする。ただし、算出された額に1円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

- 3 鳥取県産業振興条例（平成 23 年鳥取県条例第 68 号）の趣旨を踏まえ、補助事業の実施に当たっては、県内事業者への発注に努めなければならない。

（交付申請の時期等）

- 第 5 条 本補助金の交付申請は、事業の実施を開始する 30 日後までに行わなければならない。
ただし、当該年度の交付申請は、その年度の 3 月 20 日までに行わなければならない。
- 2 規則第 5 条の申請書に添付すべき同条第 1 号及び第 2 号に掲げる書類は、それぞれ様式第 1-1 号及び様式第 2 号によるものとする。
 - 3 本補助金の交付を受けようとする者は、交付申請に当たり、仕入控除税額が明らかでないときは、前条第 2 項の規定にかかわらず、仕入控除税額を含む補助対象経費の額に補助率を乗じて得た額（以下「仕入控除税額を含む額」という。）の範囲内で交付申請をすることができる。

（交付決定の時期等）

- 第 6 条 本補助金の交付決定は、原則として、交付申請を受けた日から 30 日以内に行うものとする。
- 2 本補助金の交付決定通知は、様式第 3 号によるものとする。
 - 3 知事は、前条第 3 項の規定による申請を受けたときは、第 4 条第 2 項の規定にかかわらず、仕入控除税額を含む額の範囲内で交付決定をすることができる。この場合においては、仕入控除税額が明らかになった後、速やかに交付決定に係る本補助金の額（変更された場合は、変更後の額とする。以下「交付決定額」という。）から当該仕入れ控除税額に対応する額を減額する。

（承認を要しない変更）

- 第 7 条 規則第 12 条第 1 項の知事が別に定める変更は、本補助金の増額以外の変更とする。
- 2 第 5 条第 1 項の規定は、変更等の承認について準用する。
 - 3 規則第 12 条第 3 項の申請書には、変更の内容を記載した様式第 1-1 号及び様式第 2 号による書類を添付しなければならない。
 - 4 本補助金の変更決定通知書は、様式第 4 号によるものとする。

（実績報告の時期等）

- 第 8 条 規則第 17 条第 1 項の規定による報告（以下「実績報告」という。）は、規則第 17 条第 1 項第 1 号又は第 2 号の場合にあっては、補助事業の完了又は中止若しくは廃止の日から 30 日を経過する日と交付決定を受けた年度の翌年度の 4 月 30 日のいずれか早い日とする。
- 2 規則第 17 条第 1 項の報告書に添付すべき同条第 2 項第 1 号及び第 2 号に掲げる書類は、それぞれ様式第 1-2 号及び様式第 2 号によるものとする。
 - 3 補助事業者は、実績報告に当たり、その時点で明らかになっている仕入控除税額（以下「実績報告控除税額」という。）が交付決定額に係る仕入控除税額（以下「交付決定控除税額」という。）を超える場合は、補助対象経費の額からその超える額を控除して報告しなければならない。
 - 4 補助事業者は、実績報告の後に、申告により仕入控除税額が確定した場合において、その額が実績報告控除税額（交付決定控除税額が実績控除税額を超えるときは、当該交付決定控除税額）を超えるときは、様式第 5 号により速やかに知事に報告し、知事の返還命令を受けて、その超える額に対応する額を県に返還しなければならない。

（遵守事項）

第9条 補助事業者は、事業の実施にあたり、事故が発生した場合は、県及び事業対象者の家族等に直ちに連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 補助事業者の従事者及び従業員であった者は、正当な理由なく、業務上知り得た事業対象者及びその保護者等に関する一切の事項を他に漏らしてはならない。事業を実施しなくなった後も、同様とする。

(雑則)

第10条 規則及びこの要綱に定めるもののほか、本補助金の交付について必要な事項は、福祉保健部長が別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成27年7月31日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成30年7月24日に施行し、平成30年度事業から適用する。

(施行期日)

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

別表（第4条関係）

1 補助事業	2 補助事業者	3 補助対象経費	4 補助率
① 入院中ケース検討会訪問看護師等派遣事業	鳥取県内に訪問看護事業所又は訪問リハビリテーションを行う病院等を有する法人又は個人	ア 事業対象者が医療機関から退院するまでの間に行われるケース検討会に、訪問看護師等が参加する経費 1回につき6,000円	10/10
イ アの訪問看護師等が事業を実施する際の移動に要する経費 訪問看護事業所又は訪問リハビリテーションを行う病院等から事業実施場所の間を移動した場合、1km（ただし、事業を行った日ごとに集計し、合計距離の小数点以下は切り捨てとする。）につき25円			
② 入院中訪問看護師等派遣事業		ア 事業対象者が医療機関から退院するまでの間に、訪問看護師等が訪問看護又は訪問リハビリテーションを行う経費 1回につき12,000円	10/10
イ アの訪問看護師等が事業を実施する際の移動に要する経費 訪問看護事業所又は訪問リハビリテーションを行う病院等から事業実施場所の間を移動した場合、1km（ただし、事業を行った日ごとに集計し、合計距離の小数点以下は切り捨てとする。）につき25円			
③ 外泊時訪問看護師等派遣事業		ア 事業対象者が医療機関から退院するまでの間に、退院を見越して外出又は外泊する際、訪問看護師等が訪問看護又は訪問リハビリテーションを行う経費 1回につき14,000円	10/10
イ アの訪問看護師等が事業を実施する際の移動に要する経費 訪問看護事業所又は訪問リハビリテーションを行う病院等から事業実施場所又は事業対象者の自宅の間を移動した場合、1km（ただし、事業を行った日ごとに集計し、合計距離の小数点以下は切り捨てとする。）につき25円			

備考

- この表における①から③の3補助対象経費の各アについて、法第70条の他、医療保険各法に規定された療養の給付を請求できる場合は、その請求額を除いた額とする。
- この表における①から③の3補助対象経費の各イについて、法第70条の他、医療保険各法に規定された療養の給付を請求できる場合は、適用しない。
- この表における①から③の3補助対象経費の各イの移動に要する経費の算出について、出発地又は帰着地が訪問看護事業所又は訪問リハビリテーションを行う病院等ではない場合は、当該訪問看護事業所又は訪問リハビリテーションを行う病院等を出発地又は帰着地として移動した場合とを比較して、路程が短い方を補助対象経費とする。

〇〇年度NICU等からの地域移行支援事業計画書

1 事業を行う者

住所：
訪問看護事業所/病院等名：
代表者氏名：

※青色の箇所のみ記入してください。

2 事業実施期間

年 月 日 ~ 年 月 日まで

3 所要額(合計)

事業名	看護師等派遣費用(A)	移動経費(B)	補助対象経費(A+B)
①入院中ケース検討会訪問看護師等派遣事業	円	円	円
②入院中訪問看護師等派遣事業	円	円	円
③外泊時訪問看護師等派遣事業	円	円	円
合計	円	円	円

4 所要額の内訳

(1)入院中ケース検討会訪問看護師等派遣事業

時期	派遣回数(a) (のべ人数)	単価(b)	報酬請求額(c) (のべ)	小計(d) (a)×(b)-(c)	移動距離(e)	単価(f)	小計(g) (e)×(f)	合計(h) (d)+(g)
第1四半期 (4月~6月)		6,000円/回		円		25円/km	円	円
第2四半期 (7月~9月)		6,000円/回		円		25円/km	円	円
第3四半期 (10月~12月)		6,000円/回		円		25円/km	円	円
第4四半期 (1月~3月)		6,000円/回		円		25円/km	円	円
合計	回	6,000円/回	円	円	km	25円/km	円	円

※小数点以下切り捨て

(2)入院中訪問看護師等派遣事業

時 期	派遣回数(a) (のべ人数)	単価(b)	報酬請求額(c) (のべ)	小計(d) (a)×(b)-(c)	移動距離(e)	単価(f)	小計(g) (e)×(f)	合計(h) (d)+(g)
第1四半期 (4月～6月)		12,000円/回		円		25円/km	円	円
第2四半期 (7月～9月)		12,000円/回		円		25円/km	円	円
第3四半期 (10月～12月)		12,000円/回		円		25円/km	円	円
第4四半期 (1月～3月)		12,000円/回		円		25円/km	円	円
合 計	回	12,000円/回	円	円	km	25円/km	円	円

※小数点以下切り捨て

(3)外泊時訪問看護師等派遣事業

時 期	派遣回数(a) (のべ人数)	単価(b)	報酬請求額(c) (のべ)	小計(d) (a)×(b)-(c)	移動距離(e)	単価(f)	小計(g) (e)×(f)	合計(h) (d)+(g)
第1四半期 (4月～6月)		14,000円/回		円		25円/km	円	円
第2四半期 (7月～9月)		14,000円/回		円		25円/km	円	円
第3四半期 (10月～12月)		14,000円/回		円		25円/km	円	円
第4四半期 (1月～3月)		14,000円/回		円		25円/km	円	円
合 計	回	14,000円/回	円	円	km	25円/km	円	円

※小数点以下切り捨て

5 添付書類(年度に初めて申請を行う場合)**(1) 訪問看護事業所の場合**

- ①訪問看護事業所(訪問看護ステーション)の指定通知書(及び更新通知書)(写し)
- ②訪問看護事業所(訪問看護ステーション)運営規程

(2)訪問リハビリテーションを行う病院等の場合

- ①病院等の開設許可を受けていることが分かるもの(届出の場合は、受付済みと分かるもの)(写し)
- ②定款(法人のみ)

6 その他**他の補助金の活用の有無(有・無)**

※他の補助金の活用の有無について、「有」、「無」のいずれかに○をしてください。

※「有」の場合は、活用する補助金名やその事業内容、当該補助金に係る問い合わせ先(補助金を所管している部署名や団体名及び連絡先)を記載してください。

仕入控除税額の有無(有・無)

※「有」の場合は、金額(見込み)を記載してください。() 円)

※「無」の場合は、理由を記載してください。

()

様式第2号（第5条、第7条、第8条関係）

〇〇年度 NICU 等からの地域移行支援事業補助金収支予算（決算）書

収入の部 (単位:円)

項目	予算（決算）額	説明
県補助金		県補助金
計		

支出の部 (単位:円)

項目	予算（決算）額	説明
①入院中ケース検討会訪問看護師等派遣事業		訪問看護師等派遣報酬及び旅費
②入院中訪問看護師等派遣事業		訪問看護師等派遣報酬及び旅費
③外泊時訪問看護師等派遣事業		訪問看護師等派遣報酬及び旅費
計		

〇〇 〇〇 様

鳥取県知事 〇〇 〇〇

〇〇年度 NICU 等からの地域移行支援事業補助金交付決定通知書

〇〇年〇月〇日付けの申請書（以下「申請書」という。）で申請のあった〇年度 NICU 等からの地域移行支援事業補助金（以下「本補助金」という。）については、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので、規則第8条第1項の規定により通知します。

（担当：子ども発達支援課 〇〇 電話：0857-26-7865）

記

1 補助事業

本補助金の補助事業の内容は申請書に記載のとおりとする。

2 交付決定額等

本補助金の算定基準額及び交付決定額は、次のとおりとする。ただし、補助事業の内容が変更された場合におけるそれらの額については、別に通知するところによる。

- | | | |
|-----------|---|---|
| (1) 算定基準額 | 金 | 円 |
| (2) 交付決定額 | 金 | 円 |

3 経費の配分

本補助金の補助対象経費の配分は、申請書に記載のとおりとする。ただし、補助事業の内容が変更された場合においては別に通知するところによる。

4 交付額の確定

本補助金の額の確定は、補助対象経費の実績額等について、NICU 等からの地域移行支援事業補助金交付要綱（平成27年7月31日付第201500055758号鳥取県福祉保健部長通知。以下「要綱」という。）第4条第2項の規定を適用して算定した額と、前記2の（2）の交付決定額（変更された場合は、変更後の額とする。）のいずれか低い額により行う。

5 補助規程の遵守

本補助金の收受及び使用、補助事業の遂行等に当たっては、規則及び要綱の規定に従わなければならない。

〇〇 〇〇 様

鳥取県知事 〇〇 〇〇

〇〇年度 NICU 等からの地域移行支援事業補助金変更承認通知書

〇〇年〇月〇日付けの申請書（以下「申請書」という。）で申請のあった〇〇年度 NICU 等からの地域移行支援事業補助金（以下「本補助金」という。）の変更については、鳥取県補助金等交付規則（昭和 32 年鳥取県規則第 22 号。以下「規則」という。）第 12 条第 4 項において準用する規則第 6 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり承認したので、規則第 12 条第 4 項において準用する規則第 8 条第 1 項の規定により通知します。

（担当：子ども発達支援課 〇〇 電話：0857-26-7865）

記

1 変更の内容

承認に係る変更の内容は、申請書に記載のとおりとする。

2 変更後の交付決定額等

承認に係る変更後の算定基準額及び交付決定額は、次のとおりとする。ただし、補助事業の内容がさらに変更された場合におけるそれらの額については、別に通知するところによる。

- (1) 算定基準額 金 円
(2) 交付決定額 金 円

3 変更後の経費の配分

承認に係る変更後の補助対象経費の配分及びその配分された経費に対応する交付決定額は、申請書に記載のとおりとする。ただし、補助事業の内容がさらに変更された場合においては別に通知するところによる。

様式第5号（第8条関係）

●●年度 NICU 等からの地域移行支援事業仕入控除税額確定報告書

標記事業に係る仕入控除税額は以下のとおりです。

- 1 補助金交付決定（変更後）額
 - (1) 算定基準額 金 円
 - (2) 交付決定額 金 円

 - 2 仕入控除税額
 - (1) 交付決定控除税額（補助金交付決定（変更後）時に算定した仕入控除税額の見込） A
金 円
 - (2) 実績報告控除税額（実績報告時に明らかになっていた仕入控除税額の見込） B
金 円
 - (3) 確定控除税額（実績報告の後に、申告により確定した仕入控除税額） C
金 円

 - 3 仕入控除税額の超過額
金 円
- ※C-Bが0円以上の場合（AがBを超える場合はC-A）超過額となります。
- 4 補助金返還額
金 円

年 月 日

鳥取県知事 ○○ ○○ 様

住 所
職 氏名

注：2（3）の金額の参考となる書類を添付すること。

①入院中ケース検討会訪問看護師等派遣事業 実績記録票

ア 事業内容

事業所名	(事業所名)			
訪問看護師等名	(氏名)			
日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
検討会の場所	鳥取大学医学部附属病院・鳥取県立中央病院・その他() (該当する機関に○を記入してください。)			
事業対象者名	住所			
	氏名			
	性別	男・女	年齢	歳
検討会の概要	(検討会の概要を簡潔に記載してください。別途概要が分かるものを添付しても可)			
診療報酬請求の有無	有・無 (該当する方に○を記入し、有の場合は以下に記入してください。)			
	退院時共同指導加算 その他 ()	診療報酬額	円	
移動旅費	有・無 (該当する方に○を記入し、有の場合はイを作成してください。)			

イ 移動経費の内訳

移動内容	距離 (A)	合計距離 (B)	単価 (C)	経費(D) (B) × (C)
	(片道・往復) km	km	25円/km	円
	(片道・往復) km			

※移動内容は、移動した施設間の詳細を記載すること。

※距離(A)には移動内容における実測距離(Km)をそれぞれ小数点第1位まで記載し、合計距離(B)においては(A)を合計して得られた距離を小数点以下を切り捨てて記載すること。

※経費(D)は合計距離(B)に単価(C)を乗じて得た額とする。

②入院中訪問看護師等派遣事業 実績記録票

ア 事業内容

事業所名	(事業所名)			
訪問看護師等名	(氏名)			
日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
訪問看護の場所	鳥取大学医学部附属病院・鳥取県立中央病院・その他() (該当する機関に○を記入してください。)			
事業対象者名	住所			
	氏名			
	性別	男・女	年齢	歳
事業(支援)の概要	(支援の概要を簡潔に記載してください。別途概要が分かるものを添付しても可)			
診療報酬請求の有無	有・無 (該当する方に○を記入し、有の場合は以下に記入してください。)			
	退院支援指導加算 その他()	診療報酬額	円	
移動旅費	有・無 (該当する方に○を記入し、有の場合はイを作成してください。)			

イ 移動経費の内訳

移動内容	距離 (A)	合計距離 (B)	単価 (C)	経費(D) (B) × (C)
	(片道・往復) km	km	25円/km	円
	(片道・往復) km			

※移動内容は、移動した施設間の詳細を記載すること。

※距離(A)には移動内容における実測距離(Km)をそれぞれ小数点第1位まで記載し、合計距離(B)においては(A)を合計して得られた距離を小数点以下を切り捨てて記載すること。

※経費(D)は合計距離(B)に単価(C)を乗じて得た額とする。

③外泊時訪問看護師等派遣事業 実績記録票

ア 事業内容

事業所名	(事業所名)			
訪問看護師等名	(氏名)			
日時	年 月 日 ()		時 分 ~ 時 分	
関係医療機関	鳥取大学医学部附属病院・鳥取県立中央病院・その他() (該当する機関に○を記入してください。)			
事業対象者名 (外出又は外泊者)	住所			
	氏名			
	性別	男・女	年齢	歳
外出又は外泊地				
事業(支援)の概要	(支援の概要を簡潔に記載してください。別途概要が分かるものを添付しても可)			
診療報酬請求の有無	有・無 (該当する方に○を記入し、有の場合は以下に記入してください。)			
	訪問看護基本療養費(Ⅲ) その他()	診療報酬額	円	
移動旅費	有・無 (該当する方に○を記入し、有の場合はイを作成してください。)			

イ 移動経費の内訳

移動内容	距離 (A)	合計距離 (B)	単価 (C)	経費(D) (B) × (C)
	(片道・往復) km	km	25円/km	円
	(片道・往復) km			

※移動内容は、移動した施設間の詳細を記載すること。

※距離(A)には移動内容における実測距離(Km)をそれぞれ小数点第1位まで記載し、合計距離(B)においては(A)を合計して得られた距離を小数点以下を切り捨てて記載すること。

※経費(D)は合計距離(B)に単価(C)を乗じて得た額とする。