（様式第１号）

　　　　年　　月　　日

京　都　市　長　　宛

住所又は所在地

事　業　者　名

代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定申請書

　京都市難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要綱第７条の規定及び京都市難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定要領に基づき，下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類 | | 難病患者等ホームヘルパー養成研修事業（　　　　　　　　課程） | |
| 実施団体等 | | 所在地 | 〒 |
| TEL |
| 名称及び  代表者 |  |
| 学則等 | 別　添 |
| 研修目的 | |  | |
| 研修概要 | 研修名称 |  | |
| 実施期間 |  | |
| 実施場所 |  | |
| 研修カリキュラム | 別　添 | |
| 講師名  担当科目  専任・兼任 |  | |
| 受講資格及び  募集定員 |  | |
| 受講申込手続き及び  受講者決定方法 |  | |
| 受講者負担金 |  | |
| 使用テキスト |  | |
| 研修終了の認定方法 |  | |

（添付書類）

１　学則等

２　事業収支予算書（様式第１号別紙１）

３　実習施設利用計画及び当該施設利用承諾書（様式１号別紙２）

４　申請者の資産状況

５　申請者が法人であるときは，定款，寄附行為その他規約

※添付資料については，初回申請時を除き，内容に変更がない場合は省略することができるものとする。

（様式第１号別紙１）

事業収支予算書

１　収入の部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 予算額 | 備考 |  |
|  |  |  |
| 計 |  |  |

２　支出の部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 予算額 | 備考 |  |
|  |  |  |
| 計 |  |  |

（様式第１号別紙２）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実習施設利用承諾書

住所又は所在地

事　業　者　名

代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業の実習施設として（　　名　称　　）を下記のとおり利用することを承諾します。

記

１　研修事業名

２　研修実施主体

３　実習施設所在地・名称

４　実習期間

（様式第２号）

保障第　　号

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

京　都　市　長　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定通知書

　　　　年　　月　　日付で申請のあった下記の研修につき，難病患者等ホームヘルパー養成研修（　　　　　　課程）として指定することを決定したので通知します。

なお，研修終了後は，速やかに実施状況を報告してください。

記

１　研修名称

２　指定有効期間

３　実施団体所在地

（様式第３号）

保障第　　号

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

京　都　市　長　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定却下通知書

　　　　年　　月　　日付で申請のあった下記の研修については，下記の理由により申請を却下しますので，その旨通知します。

記

１　研修名称

２　実施主体

３　指定できない理由

（様式第４号）

　　　　年　　月　　日

京　都　市　長　宛

住所又は所在地

事　業　者　名

代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業変更届

　　　　年　　月　　日付　第　　　号で指定を受けました難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を下記のとおり変更したいので，届け出ます。

記

１　研修事業の名称

２　変更事項

（１）変更前

（２）変更後

３　変更理由

（様式第５号）

　　　　年　　月　　日

京　都　市　長　宛

住所又は所在地

事　業　者　名

代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業廃止届

　　　　年　　月　　日付　第　　　　号で指定を受けました難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を下記のとおり廃止したいので，届け出ます。

記

１　研修事業名

２　廃止の理由

（様式第６号）

　　　　年　　月　　日

京　都　市　長　宛

住所又は所在地

事　業　者　名

代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施報告書

　　　　年　　月　　日付　第　　　　号で指定を受けました難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を下記のとおり実施しましたので，関係書類を添え実績を報告します。

記

１　研修実施期間

２　実施課程

３　受講者数及び修了者数　　　　受講者数　　　　名　／　修了者数　　　　名

（添付書類）

難病患者等ホームヘルパー養成研修修了者名簿（様式第６号別紙１）

（様式第６号別紙１）

難病患者等ホームヘルパー養成研修修了者名簿

研修実施期間

事業者名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修修了者 | | | | 研修修了者所属機関 | | 市町送付名簿への登録承認確認欄 |
| 氏名 | 生年月日 | 性別 | 住所  （電話番号） | 名称 | 所在地  （電話番号） |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |
|  |  |  | （　　　　） |  | （　　　　） |  |

（様式第７号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保障第　　　　号  修了証書  氏　　名  生年月日　　　　年　　月　　日  あなたは，厚生労働省が定める難病患者等ホームヘルパー養成研修（別記）  として京都市長が指定した研修を修了したことを証します。  　　　　年　　月　　日 | | |  |
| 指定事業者名  代表者役職氏名 |  | |
| 印 |  |
|  |
|  | | |

（様式第８号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 修了証明書（携帯用）  保障第　　　号  　　氏　　名  　　生年月日　　　　　年　　月　　日  上記の者は，厚生労働省が定める難病患者等ホームヘルパー養成  研修（別記）として京都市長が指定した研修を修了したことを証  します。  　　　　年　　月　　日 | | | （別記）  ・難病入門課程  ・難病基礎課程１  ・難病基礎課程２  のうちいずれか  を記載する。 |
| 指定事業者名  代表者役職氏名 | 印 |  |
|  | | |  |