

医療扶助・介護扶助事務担当者研修 開催要項

担当者

1日

集合

目的

医療扶助・介護扶助事務を担当している職員が、事務処理上必要な知識の習得を行うとともに、課題について検討することで、職務能力の向上を図ることを目的とします

日程

令和5年7月12日（水）10：00～17：00

受講料

無料

受講対象

県健康福祉事務所・市福祉事務所（神戸市除く）の医療扶助・介護扶助事務担当者、現業員等（医療扶助・介護扶助事務に従事している期間がおおむね5年未満の職員）

会場

兵庫県福祉人材研修センター（神戸市中央区中山手通 7-28-33）

定員

45名

申込締切日

令和5年6月30日（金）

申込方法及び受講決定

- ① 申込にあたっては、当研修センターが定める「研修実施基本方針」「研修受講ルール」が適用されますので、あらかじめ内容をご確認ください。申込が完了した場合は、これらに同意いただいたものとして取り扱います（裏面二次元バーコードからご確認ください）。
- ② 研修センターホームページの「研修の検索&お申込み」からホームページ上でお申込みください。入力されたメールアドレスに「申込確認メール」が返送されますので、必ずご確認ください。
- ③ 受講の可否は、申込市町宛に6月27日（火）までにメール送信いたします。
- ④ 申込後のキャンセルを希望される場合は、研修企画部までご連絡ください。

申込・問合せ先

福祉人材研修センター 研修企画部

〒650-0004 神戸市中央区中山手通 7-28-33

TEL：078-367-3001／FAX：078-367-4522

プログラム

時 間	研修科目・講師	研修内容
9:30	受付開始	
10:00	開講／オリエンテーション	
10:05 ～ 12:00	講義「医療扶助・介護扶助の適正な実施について」 兵庫県福祉部地域福祉課 生活保護班長 木元 倫代 氏 職員 石井 裕太 氏	生活保護法における医療扶助・ 介護扶助の制度と仕組みについて 理解を深める。
12:00	講義「電子レセプトの活用について」 兵庫県福祉部地域福祉課 生活保護班職員 吉田 奈菜子 氏	医療扶助の適正化に向けた電子 レセプトの活用について理解を深 める。
	休 憩	
13:00 ～ 14:00	講義「精神障害者への支援について」 兵庫県精神保健福祉センター 社会復帰班 課長補佐 矢間 園子 氏	自立支援医療（精神通院医療） など精神障害者が活用できる制度 について理解を深める。
	休 憩	
14:10 ～ 15:10	グループ討議 1 議題：医療扶助・介護扶助の事務処理上の取扱いについて <進行> 兵庫県福祉部地域福祉課 生活保護班 職員 石井 裕太 氏	日々の医療扶助・介護扶助に 関する業務において課題となっ ている問題点や状況について共 有し、意見交換を行う。
	休 憩	
15:20 ～ 16:00	グループ討議 2 議題：同上 <進行> 同上	同上
16:00 ～ 16:40	グループ発表・まとめ <進行> 同上	
16:40 ～ 17:00	閉 講／アンケート記入	

その他

申込が完了した場合は、下記に同意いただいたものとして取り扱います。

- ・演習等への活用及び参加者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として、氏名、所属名（事業所名・事業種別）を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講者に配布します。

【「研修実施基本方針」「研修受講ルール」をご確認ください】

兵庫県福祉人材研修センター（以下、研修センター）では、下記のとおり「研修実施基本方針」・「研修受講ルール」を定めて運営しています。

ご受講にあたっては、下記の「基本方針・受講ルール」が適用されますので、ご同意のうえ、お申し込みください。詳細は、当研修センターホームページをご確認ください。

※それぞれの二次元バーコードを読み込むと、
ホームページ内の各ページへアクセスが可能です

【研修実施基本方針】



【研修受講ルール】



※できる限り、本センターホームページから申込みをお願いします。

令和5年 月 日

令和5年度 医療扶助・介護扶助事務担当者研修 受講申込書

■下記の項目に必要事項をご記入ください。

(令和5年7月1日現在)

フリガナ			
氏名			
市町名			
所属部課名			
所属先住所 (受講決定送付先)	(〒 -)		
年齢層 (いずれかに○印)	・10歳代 ・20歳代 ・30歳代 ・40歳代 ・50歳代 ・60歳以上		
医療扶助・介護扶助 事務等経験年数	年		
福祉に関する 資格の有無	1. 社会福祉主事 2. 社会福祉士 3. 介護福祉士 4. その他() 5. なし		
職名			
この研修で学びたい 事項 (箇条書きで3項目程度) 【必須】			
グループワーク討議 で検討したい議題 【必須】	「～について」というような討議形式での内容を記載ください。 例：適正な長期入院患者指導のための取組について		
連絡先	フリガナ		
	担当者名	TEL	
		FAX	
E-mail 【必須】	上記 E-mail アドレスを「兵庫県福祉人材研修センターメールマガジン」へ登録します。登録を希望しない場合は下記にチェックを入れてください。 □メールマガジンへの登録を希望しません		
備考欄	上記以外で、研修受講時に配慮等が必要な事項がある場合は、この欄にご記入ください。		

* 2名以上お申込みの場合は、申込書をコピーいただき、1人につき1枚ご記入ください。

申込キャンセル申出書

記入日:令和 年 月 日

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター 研修企画部 御中

研修受講申込を行った下記の者について、申込をキャンセルしたいので申出します。

申込研修名			
施設・事業所名			
受講者氏名		受講番号	
連絡先 TEL			
キャンセル理由			

※ 「研修受講ルール」に基づき、研修日前日までに必要事項を記入のうえ、当研修センター宛 FAX(もしくはEメール)にてご連絡ください。

※ なお、研修日当日の欠席はキャンセル扱いとはなりません(返金対象となりません)。

(返金口座記入欄) ※受講料未納付の場合、下記の記入は不要です。

金融機関名							
支店名							
種別	普通 ・ 当座						
口座名義	フリガナ						
	口座名義人						
口座番号							

※ 振込手数料を差し引いた額を返金します。

※ 口座名義は、払込時の名義でお願いします。

※ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き下部に記載してある振込用の店名・預金種目・口座番号(7ケタ)を記入してください。

FAX 送信先 : 078-367-4522

Eメール送信先 : kensyu@hyogo-wel.or.jp

※FAX(Eメール)を送信された後、到着確認のお電話をお願いします(電話:078-367-3001)

※申出書の到着確認のお電話をもって、キャンセル受付完了となります。