十日町市

訪問型サービスＢ

（住民主体による支援）

実施要領

令和７年４月

問い合わせ先

■十日町市市民福祉部

地域ケア推進課　地域包括支援係

電話：０２５－７５７－３５１１

目 次

ページ

Ⅰ 訪問型サービスＢ事業補助金について………………………………２

１ 交付の目的

２ 補助対象団体

３ 訪問型サービスＢ支援対象者

４ 補助事業実施日・補助事業年度期間

５ 補助対象となる生活支援サービス内容（訪問型サービスＢ支援内容）

６　補助金の額

７　提供団体の体制・運営基準等（補助対象団体認定基準）

８ 補助対象外となる行為

Ⅱ　提供団体の認証・補助金交付の決定を受けるには…………………７

Ⅲ 提供団体の認証等を受けた後は………………………………………８

　　Ⅳ　生活支援サービス提供団体について…………………………………９

　　　１　生活支援サービス提供団体になるには

２　生活支援サービス提供団体等の基準

　　　３　提供責任者の役割

　　　４　生活支援サービス従事者（提供者）の役割

　　Ⅴ　生活支援サービス提供の流れについて……………………………１４

　　Ⅵ　区分変更によるケアプラン作成者変更について…………………１５

　　Ⅶ　補助対象となる生活支援サービスの提供について………………１６

　　　　【補助対象外となる生活支援サービス（不適当なもの）の例】

Ⅷ 留意事項………………………………………………………………１６

１ 台帳等の整備

２ 補助交付の条件

３ 決定の取消、補助金等の返還

４ 検査等

５　経理の区分

６　その他

様式集

補助金交付申請書（様式第１号）………………………………………19

団体概要書（様式第１号　付表１）……………………………………20

実施計画書（様式第１号　付表２）……………………………………22

誓約書（様式第１号　付表３）…………………………………………23

補助金交付等変更承認申請書（様式第３号）…………………………25

補助事業等中止（廃止）承認申請書（様式第４号）…………………26

補助事業等実績報告書（月別）（様式第５号）………………………27

補助事業等実績報告書（年度）（様式第６号）………………………28

補助事業実施団体認証申請書（要領様式第１号）……………………29

補助事業団体届出事項変更届（要領様式第５号）……………………30

団体のサービス提供（予定）者の名簿一覧（参考様式第１号）……31

利用者苦情を処理するために講ずる措置概要（要領様式第２号）…32

生活支援サービス従事者登録申込書（要領様式第４号）……………33

補助金口座振替申出書（要領様式第３号）……………………………34

生活支援サービス連絡票（要領様式第６号）…………………………35

訪問型サービスＢ（住民主体による支援）利用終了届出書…………37

生活支援サービス提供　個別報告書（参考様式第２号）……………38

訪問型サービスＢ月別サービス実施総括票（参考様式第３号）……40

領収書（参考様式第４号）………………………………………………41

訪問型サービスＢ補助事業　利用者管理台帳（参考様式第５号）…43

届出書類チェックリスト…………………………………………………44

**Ⅰ 訪問型サービスＢ事業補助金について**

１　交付の目的

　地域における住民主体団体が、あらかじめ十日町市に認定を受けて、総合事業の対象者に対して、要介護状態になることを予防し、自立支援を行うため、掃除、洗濯、ゴミ出しなどの生活支援を行うことについて、十日町市から補助を行います。

これは、高齢者も含めて地域住民自身が介護専門職でなくても出来る生活支援を行うことで「地域の支え合い」を推進し、かつ、これらの支援を行う団体組織強化を図るものです。

２　補助対象団体

以下の団体のうち、市に事前に認証を受けた団体で対象となる者に十日町市が定めた訪問型サービスＢの内容に沿った内容で生活支援を提供した団体に補助を行います。

(1)　自治会、地区社会福祉会等、地域住民組織である公共的団体

(2)　十日町市社会福祉協議会ボランティアセンターの登録団体

(3)　特定非営利活動法人（市内に法人所在地を置いていること）

(4)　公益社団法人　十日町地域シルバー人材センター

(5)　市内において助け合いを行うための活動を行う団体

(6)　前各号に掲げるものほか、市長が適当と認めた団体

３　訪問型サービスＢ支援対象者

事業対象者、要支援１・２及び介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者（以下「継続利用要介護者」という。）で、地域包括支援センター等の担当ケアマネジャーが行ったケアマネジメントに基づき、訪問型サービスＢの利用が妥当であると判断された次に該当する者になります。

・身体介護が不要な者（訪問介護及び総合事業訪問介護従前相当サービス利用者でない者）

・自立支援として生活援助サービスが必要な者（ただし、訪問型サービスＡを利用している者は除く）

※事業対象者とは、厚生労働省の定める25項目の基本チェックリスト（質問票）の実施により、生活機能の低下がみられると判定された者をいいます。

※（介護予防）小規模多機能型居宅介護を利用している者へのサービス提供はできません。

４　補助事業実施日・補助事業年度期間

・補助事業年度期間は、毎年度４月１日から３月31日までとする。

※なお、利用者個別の利用期間は、対象者本人の介護認定期間（総合事業の事業対象者認定期間含む。）とケアプランの対象期間のうち、短い方とする。介護予防ケアマネジメントの評価を行ったうえで、必要性を確認し、継続しての利用は可とします。

５　補助対象となる生活支援サービス内容（訪問型サービスＢ支援内容）

訪問型サービスＢ利用対象者のケアマネジャーが作成したケアプランに基づく生活支援サービス連絡票に記載された、次の表に掲げる内容の生活支援を提供することに対し補助を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 目　　的 | 自立支援を目的として、本人の生活援助・見守りを行うものとします。 |
| 補助対象  生活支援  サービス  内　　容 | 本人を対象にする下記のサービスを対象にします。  （１）掃除  （２）洗濯  （３）ベッドメイク  （４）衣類の整理、被服の補修　※普段着に限る  （５）一般的な調理又は配下膳  （６）買い物又は薬の受け取り  （７）生活に必要最低限な暖房器具の燃料の給油  （８）上記のサービスに付随しての傾聴・話し相手 |
| 生活支援  提供回数 | 事業対象者・要支援１の者  　　利用者毎に週１回まで  要支援２の者・継続利用要介護者  利用者毎に週２回まで |
| 提供時間 | １回当たり１時間を限度とします。  ※初回サービス提供時のみ１時間15分を上限とします。 |
| 留意点 | ・利用者受入は随時行いますが、サービス総量・補助予算により、訪問型サービスＢの利用者受入をお断りする場合があります。  ・身体介護を伴うものは提供できません。  ・自家用車等に利用者を同乗させることはできません。  ・補助対象となる生活支援内容に定めていない生活支援  を行っても、補助対象にはなりません。  ・ケアプランに基づくサービス連絡票に記載のない生活支援サービスは補助対象とはなりません。 |
| 自己負担額 | 1人1回２００円（生活支援提供団体が受領します） |

|  |  |
| --- | --- |
| 生活支援サービス以外の補助対象内容 | 1. 留守等による不在でサービスが提供できなかった場合（ただし、以下のいずれも実施した場合に限る）   　(1) 利用者居所に電話をし、応答がない場合は居所周辺を探す。  　（2）探しても見つからない場合は提供責任者へ連絡をし、サービス提供開始予定時間から20分経過するまで待機する。  　（3）提供責任者は担当ケアマネジャーへ連絡を行い、別途記録（様式任意）を作成する。個別報告書に記録し、事務局への報告とする。  ２．利用者の状態変化により緊急時の対応を行いサービスが提供できなかった場合  ３．支援日に訪問をしたが、利用者が支援拒否をしたため、支援ができなかった場合  　　(1) 個別報告書に記録し、事務局への報告とする。  　　(2) 繰り返し支援を拒否するようであれば、提供責任者へ連絡をする。  　　(3) 提供責任者は担当ケアマネジャーへ連絡を行い、  　　別途記録（様式任意）を作成する。 |

６　補助金の額

|  |  |
| --- | --- |
| 補助額 | 初回加算１回につき５００円 |
| サービス提供１回につき（事業対象者、要支援者）  １，５００円 |
| サービス提供１回につき（継続利用要介護者）  １,８００円 |

※補助額の算定にあたり、利用者毎に利用回数の制限があります。

７　初回加算対象

(1)新規利用者

　(2)提供団体変更者

　(3)過去にサービスを利用し、１年以上経過して再開した者

　※初回加算対象者か不明な場合は、市事務局へお問い合わせください。

８　提供団体の体制・運営基準等（補助対象団体認定基準）

以下の基準を満たさない団体は、補助対象団体として認定しません。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人格等 | ◎訪問型サービスＢの支援提供は、住民主体による支援提供を基本とするため、法人格がなくても生活支援提供団体として認証できます。但し、団体所在地が十日町市内にない場合は、認証はいたしません。  ◎なお、住民主体によるサービスを基本として考えているので、従事者が市外の方で一定程度構成されている場合は、認証をしない場合があります。 |
| 最低必要者数 | ◎提供責任者　１名以上  （提供責任者も従事可能とします。但し、緊急時に責任者として専従できる体制があることが条件です。)  ◎従事者　５名以上  (但し常時バックアップを行える者が１名以上いること)  ※従事者は、市が定める有資格者又は市が指定する研修を修了した者が、市に従事者登録をした場合になることができます。 |
| 必要な体制 | ①サービスを行うに必要な人数が確保できている。  ②団体の規約・規則がある。  ③事業における会計の適切な管理状況、会計書類の保管ができる（10年）。  ④個人情報の適正な管理が出来る体制がある。  ⑤利用者・従事者の不測の事態に備えた保険等に加入している。  ⑥法理的に適正な団体である。  ⑦利用者・担当ケアマネジャー・市からの問い合わせに常に応じられる連絡体制を取っていること。  ⑧市への団体認証申請を行い、団体認証されている。 |
| 運営基準 | ①従事者の清潔の保持、健康状態の管理を行う。  ②提供責任者及び従事者又はそれらにあった者に対して、サービス提供にあたって知りえた利用者や家族等の秘密や個人情報の秘密保持のための対応を行う。  ③事故発生時の対応を行う。  ④個人情報の適正な管理を行う。  ⑤担当地域包括支援センター並びに担当ケアマネジャー、市との連携を行う。  ⑥従事者の資質向上のための点検や講習を行う。 |
| 生活支援  サービス提供  団体の役割 | ◎利用者に対して生活支援サービスの提供を行う。  ◎生活支援サービス提供にあたっては、利用者本人が出来ることについては本人が行うように配慮し、利用者本人が出来ない部分について支援を行うなど、本人の自立支援に阻害しない形での生活支援サービスの提供を行う。 |
| 生活支援  サービス提供  団体の役割 | ◎生活支援サービスを実施後、利用者個別の実績報告及び全体の実績報告を事務局に行う。  ◎異変等がある場合は、消防・地域包括支援センター並びに担当ケアマネジャー等へ速やかに通報を行い、その後市へも連絡を行う。 |
| 報告等 | ◎提供団体は、翌月５日以内に月の実績報告を市へ提出すること。  ◎年度終了後、４月20日までに年度実績報告書を市へ提出すること。  ◎市からの各種問い合わせに応じること。 |
| その他 | ◎事業の実施にあたり、市の事業検証ヒアリング及び資料提出等に応じること。 |

９　補助対象外となる行為

　以下に関するものは、本事業の補助対象となる生活支援サービスの提供行為には該当しません。

　（１）身体介護及び疾病等により専門的な配慮が必要になる場合

　（２）利用者の日常生活の生活支援にあたらないと判断される場合

　（３）生活支援サービスの提供に危険が伴う場合

　（４）政治・宗教・営利を伴う場合

（５）提供団体の独自サービスを時間内に行った場合

（６）従事者登録がない者が生活支援提供サービスを行った場合

（７）その他、市が生活支援の提供にあたり不適切なものと判断した場合

**Ⅱ　提供団体の認証・補助金交付の決定を受けるには**

### 

**１　団体認証・補助交付申請書類の提出（団体）**

市の訪問サービスＢ提供団体・補助金の交付団体の認証を受けようと

する団体は、『届出チェックリスト一覧』に定める必要書類と添付書類を提出してください。

　　　　　　　※継続される団体は、毎年度３月31日までに必要書類と添付書類を提出してください。

**２　申請書類の確認・審査（市）**

団体から申請書類の提出を受け、内容を審査し、適当と認めたときは、団体の認証決定並びに補助金の交付決定を行い、団体に認証通知書・補助金交付決定通知書を送付します。

**３　認証通知書・補助金の交付決定通知書の受領【認証手続きの完了】**

市から送付を受けた通知書は、実績報告書類の作成時に必要となりますので、大切に保管しておいてください。

**Ⅲ　提供団体の認証等を受けた後は**

提供団体としての認証及び補助金交付団体となった後の手続きについて

※なお、実績報告は、団体認証・補助金交付について同一のものをそれぞれの報告書として取り扱います

|  |
| --- |
| 必要書類 |
| ①実績報告書（月別）（様式第５号）  ②月別サービス実施総括票  ③サービス提供が確認できる資料  　（利用者確認がある資料）  ④その他必要な書類等 |

**１　生活支援サービスの提供**

　　　　　団体の従事者が利用者に生活支援を提供します。利用者から利用料と

サービス提供の確認をした書類を貰ってください

**２　月別実績報告書の提出（毎月５日まで）**

毎月５日までに右の必要書類を

市に提出していただきます。

市の書類確認後、支払手続きに

入ります。

**提出が遅れた場合、補助金の振込が遅くなる場合があります**。

**３　市から補助金の振込み（25日を目途）**

以下、１、２、３の手続きを年度末まで継続します。

|  |
| --- |
| 必要書類 |
| ①年度実績報告書（様式第６号）  ②年度の生活支援提供実績が分かる資料  ③団体の収支決算（見込）書  ④その他必要な書類等  ※③で見込を出した場合は決算が終わり  次第、確定決算を提出のこと |

**４　年度実績報告書類の提出**

年度が終わりましたら、右の

必要書類を４月20日までに

市に提出してください。

**５　当年度手続完了**

【年度中途で団体情報等に変更があった場合】

**※　事業内容変更申請書（様式第３号）の提出**

認証申請を行った際の内容を変更する場合は、変更前まで

に事業内容変更申請書（様式第３号）を提出してください。

**※　変更確認通知書の受領**

【年度途中で事業を休止・廃止する場合】

・事業を中止・廃止する場合は、その１か月前までに補助事業等中止（廃止）承認申請書（様式第４号）を提出してください。

　・なお、現在受け持っている利用者が今後も生活支援サービスを継続できるよう、他の提供団体と協力して、適切に対応してください。

**Ⅳ 生活支援サービス提供団体について**

１　生活支援サービス提供団体（以下「提供団体」という。）になるには

**１ 代表者、生活支援提サービス提供責任者、主たる事務所の設置場所等の検討（団体）**

提供団体の代表者、提供責任者、主たる事務所の設置場所等を検討して下さい。

**２　団体の設立（団体）**

　　　　　規約・団体の会計管理・文書の保管方法など、団体として必要な決まりを定めて、必要な物品等を用意し、団体を設立します。（設立する団体の種類によっては、公官庁等に届け出が必要な場合があります）

**３　生活支援サービスを提供する従事者の研修や各種準備（団体・従事者）**

生活支援サービスの提供を行えるよう、必要な準備を行ってください

①生活支援サービス従事者（実際に利用者宅へ訪問し、援助を行う人）の募集

②資格を持たない者に対して、市の実施する研修等を受講修了させる

　　　　　　③その他、生活支援サービス提供のために必要な準備作業

**４　各種要綱・要領等に基づく市への申請（団体）**

十日町市が定める関係要綱・要領等に基づき、必要書類を市に提出して、訪問型サービスＢ補助事業に関する補助申請並びに団体承認申請の届出を行ってください。

**５　団体認証決定・補助交付決定（市）**

　　　　　市より認証・補助の決定通知が出されましたら、補助対象となる訪問型サービスＢ事業の実施が出来るようになります。

　　　　　※通知は、後で確認のための必要書類なりますので大事に保管しておいて下さい。

**６　利用者申出・生活支援サービス提供開始（団体）**

　　　　　地域包括支援センターから、サービス利用希望者の連絡があって、認証団体において受入可能であれば、生活支援サービスの提供が開始となります

※　団体の認証等に関する詳細等は前掲の部分でご確認下さい。

２　生活支援サービス提供団体等の基準

提供団体、従事者等は、次の基準を守っていただく必要があります。

|  |  |
| --- | --- |
| (１) サービス提供困難時の対応 | |
|  | 提供団体は、訪問できる範囲等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、その旨速やかに担当ケアマネジャーへ連絡を行わなければなりません。 |
| (２) 従事者の資格証明書の携行 | |
|  | 提供団体は、自らの団体の従事者に対して訪問サービスＢの実施に必要な資格の証明を携行するよう指導し、従事者は初回訪問時及び利用者等から請求があった際には提示するようにしなければなりません。 |
| (３) 緊急時の対応 | |
|  | 従事者は、生活支援サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合等は、速やかに主治医に連絡する等、必要な措置を講じてください。 |
| (４) 衛生管理等 | |
|  | 提供団体は、従事者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行ってください。 |
| (５) 秘密保持等 | |
|  | 提供団体、団体役員や提供責任者等を含む従事者（過去に従事していた者を含む。）は、正当な理由なく業務上知り得た利用者又はその家族の秘密や個人情報を他に漏らしてはなりません。 |
| (６) 広告 | |
|  | 提供団体は、広告をする場合においては、虚偽又は誇大な内容の広告をしてはいけません。 |
| (７) 介護予防支援（ケアマネジメント）事業者等に対する利益供与の禁止 | |
|  | 提供団体は、ケアマネジャー等に対し、利用者に特定の事業者を利用させることの対償として、金品等の利益を供与してはいけません。 |
| (８) 苦情処理 | |
|  | ア 提供団体は、生活支援サービス提供主体として、団体を通して提供した生活支援サービスについて、利用者又は家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情対応の窓口を常時設置する等、必要な措置を講じてください。  イ 提供団体は、苦情を受け付けたときは、その内容を記録してください。また、この記録は、５年間保存してください。  ウ 提供団体は、提供した生活支援サービスに関し、市が行う文書等による照会等に応じ、その調査に協力するとともに、市から指導、助言を受けた場合は、これらに従って必要な改善を行うとともに、その改善の内容を市に報告してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| (９) 地域との連携 | |
|  | 提供団体は、運営に当たり、提供した生活支援サービスに関する苦情に関して市等が派遣する者が相談及び援助を行う事業等に協力するよう努めてください。 |
| (10) 事故等発生時の対応 | |
|  | ア 提供団体及び従事者は、生活支援の提供により事故が発生した場合又は従事者が滞在中に利用者に不測の事態等が起きた場合は、消防等に連絡を行い、その後に十日町市、担当ケアマネジャー、緊急連絡先等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければなりません。  イ 提供団体は、事故の状況及び事故に際して採った処置について別途記録を作成してください。また、この記録は５年間保存してください。  ウ 提供団体は、生活支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、提供主体として損害賠償を速やかに行わなければなりません。 |
| (11) 会計の区分 | |
|  | サービス提供団体は、訪問型サービスＢ補助事業に係る会計と他の事業に係る会計を区分しなければなりません。  ※会計を明確に区分するために、訪問型サービスＢ事業実施のための専用口座を各団体に開設するか、団体決算書等で会計を明確にしていただきたいと考えています。 |
| （12）　団体規約等の整備 | |
|  | 開設の際、団体設置規約等の提出を求められますので、団体規約等を準備してください。  団体規約等では、団体として訪問型サービスＢを行うことを定義化していること、団体の責任体制の明確化、適正な運営体制の確立、適切で明朗な会計と年１回以上の会計報告並びに適正な監査の実施を規定している必要があります。 |

３　提供責任者の役割

提供責任者は、団体の事業責任者として次のような役割を担います。

(１) 生活支援サービス利用受入照会への対応

地域包括支援センターの担当ケアマネジャーから生活支援サービス利用申込みの案件について、団体宛に連絡が来ます。提供責任者はその利用申込みが受託可能か担当ケアマネジャーに返答して下さい。

(２) 生活支援サービス利用票の受付と担当ケアマネとの連絡

(１)において受入可能の場合は担当ケアマネジャーへその旨返事をお願いします。その後、担当ケアマネジャーから提供団体に利用者の生活支援サービス利用票が交付されますので、内容についてご確認ください。

　　(３)　団体からの生活支援サービス従事者の調整と決定

利用者が希望する生活支援サービス、地理的条件、本人の希望等を考慮して従事者を選定するようにし、従事者と提供に当たっての打合せを行ってください。

(４) サービス提供確認書の受理・確認

月ごとに、サービス利用者の利用実績を記載した「サービス提供確認書」又はそれに類する書類を、該当月の最後の提供をした従事者から受け取り、実施回数等が合っているか、本人確認のサインがあるか、気になることが無いかを確認してください。

(５) 利用者自己負担額（利用料）の徴収確認

サービス利用者から受け取った利用料をについて、確認してください。

※なお、１月分をまとめて最後に受け取るか、1回訪問時に受け取るかについては、各団体の判断になります。

(６)　従事者に対する必要経費の支払い確認

１月分ごとに従事者に対し、各団体で提供実績に応じて、必要経費をお支払いください。なお、従事者に対しどのような考えで支払うかは各団体の考え方によりますが、規約等により明示して、透明性のある支払い方をするようにして下さい。また、従事者に対し必要経費の支払いを行わないことが無いようにしてください。

(７)　利用者からの相談・苦情対応の責任者

　　　　利用者等から生活支援に関して相談・苦情があった場合は、生活支援提供の主体である団体の責任者として、提供責任者が対応にあたってください。

なお、対応に当たっては誠実に利用者等に相対するようにして下さい。対応にあたっては交渉記録を作成し、団体体表者等のほか市等へ報告を行ってください。

　　　　対応にあたる中で互いの認識が一致しないなど、提供責任者での対応が困難な場合は、団体代表者等の判断を得て、市に報告し、調整を依頼してください。

　　　　　　なお、その際には団体の窓口として提供責任者が当たるようにしてください。

４ 生活支援サービス従事者（提供者）の役割

|  |
| --- |
| ※従事者になるには、前提として、①必要な資格の保持、②市が実施する研修の修了者、③市が認定した研修の修了者のいずれか１つを満たす必要がありますので、まずそれらの資格取得・研修を修了して下さい。 |

従事者として（１）必要なこと、と（２）主な役割は、次のとおりです。

1. 訪問型サービスＢの生活支援サービス従事者としての登録

提供団体は、サービス従事者として登録したい者がいたら、その者の訪問型サービスＢ補助事業従事者登録申込書を提出してください。

※登録が終わっていない者が、補助事業に該当する生活支援を行っても補助　対象とはなりませんのでご注意ください。

(２) 生活支援サービスの提供

団体の提供責任者等との打合せのあと、利用者宅にて決定した生活支援の提供を行ってください。

なお、この訪問Ｂでの生活支援提供は「利用者の自立を促すこと」が主目的です。そのため、生活支援の提供にあたっては次の点に注意してください。

①挨拶と生活支援の始めの声かけ

②利用者が出来ることは利用者にしてもらう（利用者が出来ることを奪わない）

③時間内はきっちり生活支援を行う

④生活支援の提供が終わったときは終わりの声かけと家を出るときの挨拶

これらをしっかりと行って下さい。

※訪問Ｂは「地域の支え合い」の取り組みを支援することがポイントです。

この補助事業は、介護保険制度（共助）の中で運用されているものです。私的な欲求を満足させるためのものではなく、利用者にこの支援がないと家（地域）で生活できないので「地域（住民）の支え合い」（訪問型サービスＢ）で支援し、このまま利用者が家で出来るだけ長く住み続けられるようにすることを市がバックアップするための施策です。

**Ⅴ　生活支援サービス提供の流れについて**

**１ 担当ケアマネジャーからサービス利用申込み受入に関する照会（団体）**

担当ケアマネジャーから提供団体に対し、生活支援の利用について受入が可能か、照会が行われます。受入可能であればその旨、返答して下さい。

**２ 受入決定・連絡票の送付（担当ケアマネジャー）**

決定した提供団体宛に担当ケアマネジャーから連絡票及びケアプランを送ります。

**３ 　連絡票及びケアプランの受領・サービス提供の調整（団体・担当ケアマネ）**

提供責任者は、連絡票に基づき、従事者、担当ケアマネジャーと最終的な日程・提供サービスの確認を行います。

**４ 従事者の利用者宅訪問とサービス提供の開始（従事者）**

　　　　利用者宅訪問です。（最初に利用者宅にて担当ケアマネも含めた打合せを行う場合があります。）新規の初回支援日のみ『生活支援サービス提供　個別報告書』裏面、初回支援日にチェックを入れます。

　　　　利用者にきちんと挨拶をして、このサービスで何をするか、利用料の徴収方法などを事前に説明・確認します。そして、今日はどんな生活支援サービスをするかを利用者と確認して、支援を実施しましょう。

　　　　時間になったら生活支援の提供終了です。

**５ サービス提供の本人確認・次回訪問の確認（利用者・従事者）**

従事者は生活支援サービスの提供後、利用者本人から「サービス提供を確認する書類」に確認印又はサインをもらってください。

次回の訪問について、日程・時間を確認してお暇しましょう

※月の最終利用日まで４・５の繰り返しとなります

**６ サービス提供を本人が確認した書類の受領・利用料の受領（団体）**

提供団体は、その月の最後のサービス提供日以降に従事者から書類を受け取ってください。※利用料の徴収をその都度従事者にお願いする場合は月末にまとめて受け取る方法もあります。

※**利用料の徴収方法やサービス提供を確認する書類の取扱い方法は提供団体に任されていますので、安全かつ間違いのない取扱いができるのであれば上記のやり方とは違っていてもかまいません**。

**７ 利用者が訪問型サービスＢの利用を辞めるとき**

　　　　　訪問型サービスＢの利用を終了する場合は、担当ケアマネから市へ「訪問型サービスＢ（住民主体による支援）利用終了届出書（要領様式第７号）」を提出してください。

　　　　　※入院等で一時的にサービスを休止する場合の提出は不要です。

**Ⅵ　区分変更によるケアプラン作成者変更について**

利用者が事業対象者、要支援１、２から要介護になった時にケアプラン作成担当者が以下のように変更になります。区分変更に限らず、ケアプランに変更があったときは、「新しい連絡票」と「新しいケアプラン」が担当ケアマネから提供団体へ送付されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業対象者  要支援１、要支援２ | 要介護１～ | |
| 訪問Ｂのみ | 訪問Ｂ＋介護給付 |
| 地域包括支援センター | 地域包括支援センター | 居宅介護支援事業所 |

　利用者の介護度が変わり、担当ケアマネジャーが地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に変わるときは、利用者が引き続き訪問型サービスＢの利用を希望するか意向を確認してから引き継ぎを行ってください。（利用者の状態像から訪問型サービスＢの利用が適切ではないと判断する場合を除く。）利用者が訪問型サービスＢを利用しない場合は、「訪問型サービスＢ（住民主体による支援）利用終了届出書（要領様式第７号）」を提出してください。

**Ⅶ 補助対象となる生活支援サービスの提供について**

訪問型サービスＢの補助事業として対象となる生活支援の提供は、次のとおりです。

　※３ページの項目５の再掲部分有り

|  |  |
| --- | --- |
| 目　　的 | 生活支援サービスが必要な利用者に対し、住民主体型のサービスを提供し、地域とのつながりを重視しながら、自立支援のための生活援助を提供することで、住み慣れた地域での生活を継続できるようにすること |
| 内 容 | 要支援者及び要支援者相当の人で介護予防ケアマネジメントに基づき、生活支援サービスが必要な人に対して、自立支援のための生活援助を提供するもの |
| 生活支援  サービス例 | ◎日常的な部屋の掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）・被服補修（ボタン付け、破れの補修等）、一般的な調理・配膳、生活必需品の買い物・薬の受取代行、最低限必要な暖房器具の燃料の給油  ◎上記のサービスを含めた傾聴・話し相手 |
| 提供回数  （上限） | 事業対象者・要支援１の者　　　　　利用者毎に週１回まで  要支援２の者・継続利用要介護者　　利用者毎に週２回まで |
| 提供時間  （上限） | １回当たり1時間まで  ※初回サービス提供時のみ１時間15分まで |
| 留意点 | ・身体介護を伴うものは提供できません  ・あくまで利用者本人への支援のみとなります。  ・直接本人の援助に該当しない行為は提供できません  ・日常生活の援助に該当しない行為は提供できません  ・自家用車等に利用者を同乗させることはできません |

**【補助対象外となる生活支援サービス（不適当なもの）の例】**

　本補助事業において、生活支援の提供として不適当なものは以下のとおりとなります。

**◎利用者本人が自分でできる家事行為＜本人の自立支援に反するため＞**

**◎直接本人の援助に該当しない行為＜本人以外への支援は認められないため＞**

　　　・利用者本人以外への調理　（家族分の調理など）

　　・利用者本人が使用する居室等以外の掃除　（家族の部屋等の掃除など）

　　・来客の応接（お茶、食事の配膳など）

　　・自動車の清掃

**◎日常生活の援助に該当しない行為＜日常生活支援とは見なされないため＞**

　　・草むしりや花木の水やり、植木の手入れなどの園芸

　　　・家具・電気器具などの移動、修繕、模様替え

　　　・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ

　　　・室内外家屋の修理・ペンキ塗り

　　　・生活必需品ではない物品（嗜好品（タバコ・酒等））の買い物

　　　・日常的ではない衣服の整理・補修や食事の準備・調理、部屋の掃除など

　　　　（礼服・ドレス・着物など日常生活で使わない衣服、明らかに専門的な補修が必要なもの、祝い等に伴う日常外の食事、倉庫などの掃除）

**Ⅷ 留意事項**

１ 台帳等の整備

(１) 生活支援サービス提供団体は、訪問型サービスＢの生活支援サービス利用者を管理するための台帳（参考様式第６号）を備えてください。

(２) その他、訪問型サービスＢの実施及び経費の収支の状況に関する書類、帳簿類を常に整備しておいてください。

(３)　会計に関する帳簿類等は10年間保存して下さい。

２ 補助交付の条件

①生活支援サービスを行うに必要な人数が確保できている

②団体の規約・規則がある

③事業における会計の適切な管理状況、会計書類の保管ができる（10年）

④個人情報の適正な管理が出来る体制がある

⑤利用者・従事者の不測の事態に備えた保険等に加入している

⑥利用者・市等からの問い合わせに対して常に応じられる連絡体制を

取っていること

⑦市への団体認証申請を行い、認証されたうえで、定められた手続きにより訪問型サービスＢを実施し、補助金受取に必要な手続を行っている

　　⑧法令並びに十日町市の要綱及び要領等の規定に違反していないこと

３ 決定の取消、補助金等の返還

２の交付の条件に違反するほか、補助金の交付に当たり、偽りその他不正の手段により補助金等の交付を受けたときは、補助金の交付決定並びに団体認証決定を取り消して、補助金の返還を求めることがあります。

また、次の場合も同様となります。

　　◎訪問型サービスＢの実施にあたり利用者からの苦情等があり、団体が責任を持って対応しない、若しくは何度も苦情が出て改善がされない場合

　　◎市等からの照会・検査等に速やかに応じない場合

４ 検査等

市は、本事業における補助金の交付を受けた団体に対し、必要に応じて補助事業に関係する書類の検査や実地検査を行うことがあります。それに応じない場合は、補助金の交付決定・団体認証の一時停止又は取り消して、補助金の返還を求めることがあります。

５ 経理の区分

補助金の交付を受けた団体は、訪問型サービスＢの経理について、他の経理と明確に区分しなければなりません。

　６　その他

　　　本事業は、次の取扱いがあることに留意願います。

①提供団体の支援提供地域内で利用者が少数の場合があります。それを前提にご応募ください。

②訪問型サービスＢは、最終的に利用者にサービス選択権があるため、利用者が希望しない場合、認証団体への利用照会は行われません。そのことについて、市は利用者意思を尊重する立場であることをご認識下さい。

③訪問型サービスＢの実施にあたり、利用者への不適当な対応や市・地域包括支援センター・担当ケアマネジャー等が事業に関して照会を掛けた際に対応しない場合等の事例があったときは、例規等により団体認証を取り消すほか、補助金の交付取り消し等の処分を行うことがあります。

④市では訪問型サービスＢのより良いやり方を今後も検討して行きます。そのため、補助事業の内容・実施方法については、中途で変更がありうることにご留意ください。なお、変更の際には事前に各団体に連絡をして、対応いただけるようお願いさせて頂きますので、ご了承ください。

様式集

〔平成３１年３月　作成〕

〔令和３年３月１日　改訂〕

〔令和４年４月1日　改訂〕

〔令和５年４月1日　改訂〕

〔令和６年４月1日　改訂〕

〔令和７年４月１日　改訂〕

様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

十日町市長　様

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

十日町市訪問型サービスＢ事業補助金交付申請書

次のとおり補助事業等を実施したいので、十日町市訪問型サービスＢ事業補助金交付要綱の規定により申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １ 補助申請額 | 十日町市訪問型サービスＢ事業補助金交付要綱等に定める事業対象者・要支援者に対するサービス提供１回につき１，５００円、継続利用要介護者に対するサービス提供１回につき１，８００円、初回加算１回につき５００円 |
| ２　事業の内容 | 十日町市訪問型サービスＢ事業補助金交付要綱等に基づく、補助事業の例規等に沿った生活支援サービスの提供 |
| ３　実施団体名 |  |
| ４　実施開始日 | 年　　　月　　　日 |
| ５　添付書類 | （１）団体概要書（付表１）  （２）実施計画書（付表２）  （３）誓約書（付表３）  （４）団体の規約・規則  （５）団体の収支予算書（直近のもの）  ※その他市長が必要と認めるもの |
| ６ その他 |  |

※「５　添付書類」について、前年度から継続して本補助事業を受ける場合

は、一部書類の提出を省略することが出来る。

様式第１号　付表１

団体概要書

|  |
| --- |
| （１）団体名    　　　　　　　（団体種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （２）団体連絡先  　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　電話：  　　　　ＦＡＸ：　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：  　　　　事務所営業日：　　　　　　　　　　　　事務所受付時間： |
| （３）団体設立時期  　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| （４）団体認証機関（ある場合） |
| （５）代表者  　　　　役職名：　　　　　　　　　　　　　　　氏名：  　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　電話： |
| （６）活動範囲  （記載例：●●町○丁目（○○町内会）、○○中学校区、○○地域等） |
| （７）現在行っている、又はこれまでに行った取組活動  　※貴団体の事業報告書、会報誌などを添付して記載に代えて頂くことも出来ます。 |

（裏面へ）

様式第１号　付表１（続き）

|  |
| --- |
| （８）現在行っているサービス及び無償提供活動  　　※貴団体が現在行っているものについて、サービス（活動）名・対象・内容・  利用料等を記入して下さい。  　　※貴団体のパンフレット・案内紙等で内容が分かれば、それを添付することで記載に代えて頂くことも出来ます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | （当該申請書の内容について問い合わせることがあるため、  対応できる方について記入してください。） |
| （１）　役職・氏名：  （２）　担当者連絡先  　 住　所：〒　　　　-    電　話：  ＦＡＸ：　　　　　　　　　　　E-Mail:  　　　※住所は担当者が普段執務している所在地、電話等は通常連絡の取れる番号等を記載してください | |

様式第１号　付表２

実施計画書

　本補助事業に関する以下の事項について記載して下さい。

１ 生活支援の内容（生活支援提供団体として行う生活支援にチェックをして下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| ☑ | 実施する生活支援サービス内容 |
| ☐ | （1）掃除 |
| ☐ | （2）洗濯 |
| ☐ | （3）ベッドメイク |
| ☐ | （4）衣類の整理、被服の補修　※普段着に限る |
| ☐ | （5）一般的な調理又は配下膳 |
| ☐ | （6）買い物又は薬の受け取り |
| □ | （7）生活に必要最低限な暖房器具の燃料の給油 |
| ☐ | （8）（上記の生活支援に付随した）傾聴・話し相手 |
| 備考 |  |

２ 実施体制（※別紙による提出でも可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区 分 | 氏名 | 住所 |
| 代表者 |  |  |
| 提供責任者 |  |  |
| 補助事業の生活支援  従事者  （予定者）名簿  （事業責任者等が従事者も行う場合はこの欄にも記載のこと） |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

３ 補助事業における生活支援を提供する地域

|  |
| --- |
| （例：十日町市○○地区全域、○○町等　一目で分かるよう具体的に記載すること） |

４ ひと月の生活支援の提供可能回数（この場合、ひと月は４週で計算のこと）

|  |  |
| --- | --- |
| ひと月の生活支援サービス提供可能回数  月　　　回 | 算出根拠（例：従事者５名×週１回×４週＝月２０回） |

様式第１号　付表３

　　年　　月　　日

十日町市長　様

（十日町市訪問型サービスＢ事務局　様）

（活動団体の事務所所在地又は代表者宅住所）

〒

（活動団体名）

（代表者[役職・氏名]）

**誓　約　書**

　十日町市訪問型サービスＢ補助事業実施要綱並びに十日町市訪問型サービスＢ補助金交付要綱及び十日町市の定める基準に基づき、訪問型サービスＢ生活支援サービス提供団体として認証を求め、併せて補助金交付を申請するにあたり、当団体は次のとおり誓約いたします。

　もし、この誓約内容に虚偽又は違反することがありましたら、認証及び交付決定の停止又は取消しの処分を受けても異議を唱えません。また、その処分を受けたことによる損害等が発生した場合でも十日町市等に損害賠償や補償等を請求しないことを誓います。

１　介護保険関係法令及び同法関係通知並びに当該介護保険事業の実施に係るその他関係法令等、十日町市例規・要領等の内容について認識しており、適正な介護保険事業の運営に努めます。

２　申請者又は役員等は、介護保険法（平成9年法律第123号）第70条第2項各号、第78条の2第4項各号、第79条第2項各号、第86条第2項各号、第94条第3項各号、第115条の2第2項各号、又は第115条の12第2項各号に掲げる者ではありません。

３　団体役員又は従事者が、法令等に違反する等の不正行為等に関与していることが明らかな場合は、十日町市が、当該団体等（当該団体が関連する全ての団体を含む。以下同じ。）に対して補助交付決定取り消し等や団体認証取り消し等（以下「取消」という。）の処分を行うことを承知しています。

４　申請の内容と異なる事業運営を行うこと（特に資格要件を満たさない従事者や申請の内容と異なる者が生活支援サービスの提供を行うこと等）及び本事業における基準を満たさない事業運営を行うこと等、重大な法令違反があった場合に、十日町市が、当該団体等に対して取消等の処分を行うことがあることを承知しています。

５　申請手続を開始した後に判明した事実により、たとえ事業を想定した支出行為を行って、従事者を確保した後であっても適正な運営ができないと判断される場合は、交付・認証の決定を行わない場合があることを承知しています。また、交付・認証を行わないことに伴い生じる負担、賠償等については十日町市からの補填や賠償はないことを承知しています。

６　十日町市が介護保険関係法その他法令等に基づき、当該団体に対して行う実地調査等に協力します。また、事務局が要綱等に基づく照会・指導を行った場合は速やかに協力・対応します。

７　十日町市に提出した申請書等の内容及びその協議等の経過について、第三者（マスコミ又は利害関係者等）から求めがあった場合には、十日町市が情報（個人情報に係るものを除く。）の公開を行うことがあることを承知しています。

８　当団体において当該事業を行うことができなくなった場合は、当団体の利用者が継続して同等のサービスを利用できる方策を講じます。

９　認証を受けようとしている当該事業とその他の事業を明確に区分するため、経理を明確に区分し、会計帳簿、決算書類その他の収支の状況を明らかにする書類を整備します。

（裏面あり）

（表面より）

様式第１号　付表３（続き）

10　利用者に対し、この十日町市が補助対象とする訪問型サービスＢの生活支援サービス以外の当該団体の自主事業を行う場合は、以下のことを遵守します。

　　(１)　訪問型サービスＢの生活支援サービス実施において収集した利用者情報を使うことはいたしません。団体の自主事業を実施しようとする場合は、自主事業の実施にあたり、必要な個人情報を団体が改めて同意を得て取得し、契約等を締結します。

　　(２)　訪問型サービスＢの生活支援サービス提供時間内に団体の自主事業は決して行いません。訪問型サービスＢの生活支援サービス提供に引き続き団体の自主事業を行う場合は、利用者に明快に分かるように宣言してから行うなど、誤解を招かないように自主事業を実施します。

　　(３)　訪問型サービスＢの生活支援サービス実施における利用料及び生活支援サービス提供の際に生じる実費費用を徴収する場合と団体の自主事業の費用等を徴収する場合は、同時に徴収しないようにします。

　　(４)　その他、認証団体であることを不当に利用し、利用者に不要な団体の自主事業サービスを利用させるなどの不正行為は絶対に行いません。

11　当団体には、次のいずれかに該当する者はいません。もし、団体役員又は従事者に次のいずれかに該当する者がいた場合は、十日町市が、当該団体等に対して補助交付決定取り消し等や団体認証取り消し等（以下「取消」という。）の処分を行うことを承知しています。

　　　また、団体役員又は従事者が次のいずれかになったことを知った場合は、速やかに十日町市に報告し、その者を速やかに団体から排除することにします。

(１)　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２項に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）又は同項第６号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）

(２)　新潟県暴力団排除条例（平成２３年新潟県条例第２３号）第22条の規定による公表が現に行われている者

(３)　暴力団及び暴力団員と密接な関係を有する者

12　当団体、団体役員及び従事者は、十日町市暴力団排除条例（平成２４年十日町市条例第４号）を遵守します。

13　当団体及び団体役員は、市税を滞納していません。

　　（※　市税が課税されていない団体も、「滞納していない」に含みます。）

14　当団体は、十日町市が補助対象とする訪問型サービスＢの生活支援サービス実施に関する関連法令、例規並びにそれらに基づき市が定めた基準に適合した団体の会則及び活動規約を定めたうえで、活動します。なお、団体の活動規約・方針等には次の事項をすべて規定します。

(１)　当該事業の活動目的・事業内容

(２)　従事者（生活支援サービス提供者）の具体的な衛生管理対策（インフルエンザ等の感染症

予防及びまん延防止に関する対策を含む）と従事者への周知方法

(３)　利用者及びその家族の個人情報を保護するための具体的な方法と団体役員及び従事者への周知徹底

(４)　生活支援サービス提供時に事故が発生した場合の具体的な対応策、関係機関への連絡体制及び対応経過の記録方法と従事者への周知方法

15　当団体は、次の事項をすべて満たしたうえで活動します。

　　(１)　団体及び全ての従事者が傷害保険及び賠償責任保険に加入します。

　　(２)　従事者が使用する衛生用品（マスク等）を備え付けます。

　　(３)　訪問型サービスＢの生活支援事業専用の出納簿で事業実施に係る経費を管理するか若しくは全体管理を行う場合でも訪問型サービスＢの生活支援事業の経費が明快に分かるようにして経費を管理いたします。

16　利用者の苦情には誠実に対応します。そのために次の事項を遵守します。

　（１）　従事者は利用者から苦情があった場合は、団体の事業責任者に速やかに報告すること

　（２）　事業責任者は苦情対応について、団体が生活支援の提供主体であることを自覚して、利用者に誠意・責任を持ってあたるとともに、事務局へ経過報告を速やかに行うこと

　（３）　やむを得ず事務局等が事案調整に当たる場合でも、事務局等に誠実に協力すること

様式第３号（第６条関係）

年　　月　　日

十日町市長　様

(十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中)

所　在　地

団　体　名

代表者氏名

十日町市訪問型サービスＢ事業補助金交付等変更承認申請書

（兼事業内容変更承認申請書）

すでに認証並びに交付決定を受けた上記補助事業について、次のとおりその内容等を変更したいので、十日町市訪問型サービスＢ補助金交付要綱等の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　事　業　名 | 十日町市訪問型サービスＢ補助事業 |
| ２　変更する内容 |  |
| ３　変更前の内容 |  |
| ４　変更後の内容 |  |
| ５　変更（予定）日 | 年　　　月　　　日 |
| ６　添付書類 | （※変更内容が分かる書類を添付して下さい） |
| ７ その他 |  |

様式第４号（第６条関係）

年 月 日

十日町市長　様

(十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中)

届出者　所在地

団体名

代表者氏名

電話番号

十日町市訪問型サービスＢ補助事業等中止（廃止）承認申請書

（兼　実施団体認証休止（廃止）承認申請書）

次のとおり補助事業の　中止 ・ 廃止　をしたいので、届け出ます。

　　（実施団体認証の　休止 ・ 廃止　をしたいので、届け出ます。）

|  |  |
| --- | --- |
| 届出の種別 | 中止　・　廃止 |
| 中止・廃止しよう  とする年月日 | 年 月 日 |
| 中止・廃止しよう  とする理由 |  |
| 現にサービス提供を受け  ている者に対する措置 |  |
| 中止予定期間  （中止の場合のみ記入） | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

備考

１．中止又は廃止の１月前までに提出してください。

２．60日以上の中止を行う場合は、「廃止」で届け出て下さい。

　※表内の「中止」については、実施団体認証における「休止」と読み替えます。

様式第５号（第８条関係）

年 月 日

十日町市長　様

（十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中）

所　在　地

団　体　名

代表者氏名

十日町市訪問型サービスＢ補助事業等実績報告書（月別）

（兼補助金請求書）

十日町市訪問型サービスＢ補助事業の　　　年　　　月実施分について、十日町市訪問型サービスＢ事業補助金交付要綱等の規定により、関係書類を添えて、実績を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　対象年月 | 年　　月実施分 |
| ２　実績の対象となる  サービスの提供回数 | 総計　　　回 |
| ３　実績報告月の  補助金申請額 | 事業対象・要支援者　　　回  ×　補助額１,５００円  継続利用要介護者　＿＿＿回  ×　補助額１,８００円  初回加算対象者　　　　＿人  ×　初回加算 ５００円  　＝　補助金額計　　　　　　　　　　　 円  　＝　補助金額計　　　　　　　　　　円 |
| ４ 添付書類 | (１)　月毎のサービス提供実施を総括した書類  (２)　生活支援の提供実績回数が分かる記録書類  (３)　その他市が必要とする書類 |
| ５ その他 |  |

様式第６号（第８条関係）

年 月 日

十日町市長　様

（十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中）

所在地

団体名

代表者氏名

十日町市訪問型サービスＢ補助事業等実績報告書（年度）

十日町市訪問型サービスＢ補助事業の　　　　年度実施分について、十日町市訪問型サービスＢ事業補助金交付要綱等の規定により、関係書類を添えて、実績を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　対象年度 | 年度実施分 |
| ２　実績の対象となる  生活支援の提供回数 | 年度総計　　　回 |
| ３　実績報告年度の  　　補助金受取(予定)額 | 事業対象・要支援者総計　　　回  ×　補助額１，５００円  継続利用要介護者　総計＿＿＿回  ×　補助額１，８００円  初回加算対象者　　総計　　　回  ×　初回加算　５００円  ＝補助金受取（予定）額計　　　　　　　円 |
| ４　添付書類 | （１）年度の生活支援提供の実績が分かる書類  （２）団体の決算（見込）書  （３）その他市長が必要とする書類  ※なお、該当年度中の実績に訂正がある場合は  　今回の実績提出までに月別実績報告書を提出し  　差額分を補助請求又は返納すること  ※決算見込書を提出した団体は、決算が終わり次第  十日町市へ提出すること |
| ５　その他 |  |

要領様式第１号

年 月 日

十日町市長　様

（十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中）

届出者　所在地

団体名

代表者氏名

電話番号

十日町市訪問型サービスＢ補助事業実施団体認証申請書

十日町市の訪問型サービスＢ補助事業の生活支援サービス提供団体として活動したいので、十日町市訪問型サービスＢ補助事業実施要綱等の規定により届けます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名称 | ふりがな |  | | |
|  | | | |
| 団体種別 |  | | | |
| 主たる事務所  の所在地 |  | | | |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  |
| E-Mail |  | | | |
| 提供する  生活支援  サービス種類 | □掃除　　□洗濯　　□ベッドメイク　　□衣類整理・被服補修  □調理・配膳　　□買い物・薬の受取代行　　□暖房の燃料給油  □上記のサービスを含めた傾聴・話し相手 | | | |
| 生活支援提供  の責任者 | □団体代表者　　□代表者以外（責任者：　　　　　　　） | | | |
| 生活支援提供  地域の範囲 |  | | | |
| 提供開始（予定）  年月日 | 年 月 日 | | | |
| 【添付書類】  ○団体概要書  ○団体の生活支援サービス提供（予定）者の名簿一覧  ○生活支援サービス提供者の資格を証明する書類の写し  ○組織体制図及び緊急体制表  ○利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要  ※その他市長が必要と認める書類 | | | | |

※届出書類チェックリストにより提出書類を確認の上、提出をしてください。

要領様式第５号

年 月 日

十日町市長　様

（十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中）

届出者　所在地

団体名

代表者氏名

電話番号

十日町市訪問型サービスＢ補助事業団体届出事項変更届

次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更があった事項 | | 変 更 の 内 容 |
| １ | 団体の名称 | (変更前) |
| ２ | 団体の種別 |
| ３ | 団体の所在地 |
| ４ | 団体代表者 |
| ５ | 主たる事務所の所在地 | (変更後) |
| ６ | 提供する生活支援  サービスの種類 |
| ７ | 生活支援サービス  提供の責任者 |
| ８ | 生活支援サービス  提供地域の範囲 |
| ９ | その他 |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 |

備考

１　変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

（参考様式第１号）

団体の生活支援サービス提供（予定）者の名簿一覧

　生活支援サービス提供団体名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏 名 | 住 所 | 連絡先 | 登録日 | 備考 |
| １ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ２ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ３ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ４ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ５ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ６ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ７ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ８ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| ９ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| １０ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| １１ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| １２ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| １３ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| １４ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |
| １５ |  | 十日町市  行政区（　　　　） |  |  |  |

要領様式第２号

**利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 生活支援提供団体の名称 |  |
| 提供する生活支援の種類 | 十日町市訪問型サービスＢの生活支援サービス事業 |

|  |
| --- |
| 措　置　の　概　要 |
| １　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の問い合わせ先（連絡先）、担当者の設置   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 問い合わせ先 | 電話： | FAX： | | 担　当　者 |  |  |   　※個別の相談・苦情担当者を置かない場合は、団体の生活支援サービス提供責任  　　者（事業責任者）が担当者となるようにしてください。  ２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順      ３　その他参考事項 |

　備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記入してください。

要領様式第４号

年 月 日

十日町市長　様

（十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中）

申込者　住所

氏名

自宅電話番号

携帯電話番号

十日町市訪問型サービスＢ　生活支援サービス従事者登録申込書

次のとおり、十日町市訪問型サービスＢの生活支援サービス従事者（提供者）　としての登録をしたいので、申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供できる  生活支援  サービス | □掃除　　□洗濯　　□ベッドメイク　　□衣類整理・被服補修  □調理・配膳　　□買い物・薬の受取代行　　□暖房の燃料給油  □上記のサービスを含めた傾聴・話し相手 | | | | | | | |
| 所属団体 |  | | | | | | | |
| 提供できる  日　　　時 | 区分 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 提供可能な  地域範囲 | □遠くても可　　□自宅の近くに限る　　□その他（　　　　） | | | | | | | |
| 交通手段 | □自動車　　□二輪車　　□自転車　　□徒歩 | | | | | | | |
| 保有する資格  （保有して  いるものに、  ○を付けて  ください）  ※資格を証する資料の写しを添付して提出して下さい | ・介護福祉士  ・訪問介護員養成研修１級課程修了者  ・訪問介護員養成研修２級課程修了者  ・介護職員初任者研修修了者  ・実務者研修修了者  ・介護職員基礎研修課程修了者  ・看護師  ・准看護師  ・十日町市生活・介護支援サポーター（担い手養成コース）修了者  【受講日：　　　年　　月　　日】　※資格証の添付不要  ・十日町市が指定した研修の修了者  【研修名：　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | |

※　提供できる日時欄は、提供できる曜日及び時間帯の組合せに○を付けてください

要領様式第３号

十日町市訪問型サービスＢ　補助金口座振替申出書

年　　月　　日

十日町市長　　様

住　　所

団体名称

代表者氏名

　十日町市訪問型サービスＢ補助事業の補助金について、下記の口座に振替（口座払）してくださるように申し出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | | |
| 支店名 |  | | |
| カタカナ |  | | |
| 預金名義人 |  | | |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |

※上記口座の預金通帳の写しも添付して下さい。

要領様式第６号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ケアマネ⇒提供団体・市）

**訪問型サービスＢ　生活支援サービス連絡票（新規・継続・変更）**

提出日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 区　　分 | |
| 新規　・　継続　・　変更  (変更の場合は支援提供期間、変更箇所を赤字で記載してください) | |
| 利用者名 | （ 男 ・ 女 ） | | 被保険者番号 | |  |
| 住所 |  | | 電話番号 | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | 介護度 | |  |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　続柄（　 　） | | | 電話番号 |  |
| 介護認定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 担当事業所・  ケアマネジャー |  | 電話： | | | |
| 担当ＣＭ： | | | |
| 提供団体名 |  | | | | |
| 利用者  特記事項 | □生活保護受給者 | | | | |
| 今回の支援  提供期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 支援提供期間の終期は「ケアプランの支援計画期間の終了日」又は  「介護認定期間の終了日」のうち、短い方の日付とする。 | | | | |

**※「今回の提供期間」が、「この連絡票で利用できる期間」となります。**

**提供期間が終了するおよそ１か月半前までに市より担当ケアマネに終了のお知らせを送付します。利用を継続する場合は、記載された期日までに新しい連絡票とケアプランを提供団体・市へ送付してください。**

【サービス提供に関する情報について】

|  |  |
| --- | --- |
| 提供すべき  生活支援  サービス | □ 掃除　　□ 洗濯　　□ ベッドメイク　　□ 衣類整理・被服補修  □ 調理・配膳　　□ 買い物・薬の受取代行　　□ 暖房の燃料給油  □ 上記のサービスを含めた傾聴・話し相手 |
| 提供回数  ※プランと同じ | □　週２回　　□　週１回　　□　その他（　　　　　　　　　）  （※事業対象者・要支援１は週１回、要支援２・継続利用要介護者は週２回） |
| 希望提供日 |  |

【サービスの併用確認】

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問介護または  総合事業基準型訪問サービス | * 利用なし |
| 訪問型サービスＡ | □　利用なし |

**※上記のサービスを利用している利用者は原則訪問型サービスＢを利用できません。**

（裏面へ）

（表面より）

（ケアマネ⇒提供団体・市）

【個々のサービス提供について】

※個々の項目に具体的な内容（名称・行動内容等）を記載すること

※自立支援の観点から、本人が出来る（する）ことを必ず記載すること。本人が出来ない場合は、その旨の理由を「注意事項等」に記載すること

|  |  |
| --- | --- |
| 提供サービス名① |  |
| サービス実施  （提供）場所 |  |
| 本人が出来る（に  行ってもらう）こと |  |
| サービス提供者  が行うこと |  |
| 注意事項等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 提供サービス名② |  |
| サービス実施  （提供）場所 |  |
| 本人が出来る（に  行ってもらう）こと |  |
| サービス提供者  が行うこと |  |
| 注意事項等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 提供サービス名③ |  |
| サービス実施  （提供）場所 |  |
| 本人が出来る（に  行ってもらう）こと |  |
| サービス提供者  が行うこと |  |
| 注意事項等 |  |

※提供サービス名が多くなる場合は用紙をコピーして添付してください。

【その他】（提供団体・従事者に知っておいてもらいたい事項等）

|  |
| --- |
|  |

要領様式第７号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ケアマネ⇒市）

年　　月　　日

十日町市長　様

（十日町市訪問型サービスＢ事務局　御中）

届出者 　所在地

事業所名

訪問型サービスＢ（住民主体による支援）利用終了届出書

　十日町市訪問型サービスＢ（住民主体による支援）の利用を終了したので、下記のとおり届出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | 男　・　女 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　－  十日町市 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 提供団体名 |  | | | | | | | | | | |
| 終了理由 | * 状態が改善したため * 要介護になったため * 死亡 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

※入院等でサービスを一時休止する場合の提出は不要です。

（参考様式第２号）

生活支援サービス提供　個別報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月分 | | | | | 利用者名 | | |  | | | | | 介護度 | | | * チェックリスト   該当者   * 要支援 * 要介護 |
| 利用者  連絡先 | | 十日町市 番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話： | | | | | | | | | | | | | | 行政区  （　　　　　　） |
| 担当包括 | | |  | | | | ケアマネ | | |  | | | | （連絡先） | |  |
|  | | | | | | 提供時間 | | | | | | 提供者 | | | 本人確認（サイン） | |
| ① | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ② | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ④ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ | 実施日 | | | ／ | |  | | | ～ | |  |  | | |  | |
| 実施内容 | | |  | | | | | | | | | | | | |

※毎回生活支援サービス終了時に利用者の方から確認（サイン又は押印）を頂いて下さい。

（裏面あり）

（表面より）

◎**裏面は利用者本人には見せないように**して下さい

◎**生活支援サービス提供時の利用者本人の状態にいつもと異なることがありましたら留意事項に記載**して下さい。（**明らかに違っている場合は、団体の提供責任者・担当ケアマネジャーに連絡**して下さい。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告　　　　初回支援日：□ |
| ② | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ③ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ④ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ⑤ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ⑥ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ⑦ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ⑧ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ⑨ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |
| ⑩ | 実施日 | ／ | 留意  事項 | 提供責任者　報告済・未報告 |

（参考様式第３号）

訪問型サービスＢ月別サービス実施総括票

実施団体名：

生活支援サービス提供年月【　　　年　　　月実施分】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者氏名 | 当月提供回数 | 提供者氏名 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 合計 | 人 | 回 | 人 |  |

（参考様式第４号①）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※１か月分徴収版

領　　収　　書

住　所：十日町市　　　　　　　　　　番地

氏　名： 様

次のとおり、訪問型サービスＢ利用料（　　年　　月利用分）を受け取りました。

# 金　　　　　　円

　　　年　　月　　日

受取者

所　在　地

団　体　名

代表者氏名 ㊞

領　　収　　書（控）

住　所：十日町市　　　　　　　　　番地

氏　名： 様

次のとおり、訪問型サービスＢ利用料（　　年　　月利用分）を受け取りました。

# 金　　　　　　円

　　　年　　月　　日

受取者

所　在　地

団　体　名

代表者氏名 ㊞

（参考様式第４号②）　　　　　　　　　　　　　　　　　※毎回徴収版（確認欄付）

領　　収　　書

住　所：十日町市　　　　　　　　　番地

氏　名： 様

次のとおり、訪問型サービスＢ利用料（　　月　　日分）を受け取りました。

# 金２００円

　　　年　　月　　日

受取者

所　在　地

団　体　名

代表者氏名 ㊞

領　　収　　書（控）

住　所：十日町市　　　　　　　　　番地

氏　名： 様

次のとおり、訪問型サービスＢ利用料（　　年　　月利用分）を受け取りました。

# 金２００円

　　　年　　月　　日

受取者

所　在　地

団　体　名

代表者氏名 ㊞

本日の内容に☑と本人確認欄に利用者から押印・サインをもらって下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本日の  内容 | □掃除　□洗濯　□ベッドメイク　□衣類整理等　□調理（配膳）　□買物等　□燃料給油　□傾聴等 | 本人  確認 |  |

**十日町市訪問型サービスＢ補助事業　利用者管理台帳（認証団体用）**

（参考様式第５号）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者氏名 | 住 所（行政区） | サービス開始年月日  （終了年月日） | 事業所名称及び  担当ケアマネジャー | 連絡先 |
| １ |  | 十日町市 番地  　　　　　　　（　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ２ |  | 十日町市 番地  （　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ３ |  | 十日町市 番地  　　　　　　　（　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ４ |  | 十日町市 番地  （　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ５ |  | 十日町市 番地  　　　　　　　（　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ６ |  | 十日町市 番地  （　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ７ |  | 十日町市 番地  　　　　　　　（　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ８ |  | 十日町市 番地  （　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| ９ |  | 十日町市 番地  　　　　　　　（　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |
| 10 |  | 十日町市 番地  （　　　　　） | 年 月 日  （　　年　　月　　日） |  | 電話：  緊急： |

届出書類チェックリスト

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 書 類 名 | 様式 | チェック |
| １ | 十日町市訪問型サービスＢ補助金交付申請書 | 様式第１号 | □ |
| ２ | 団体概要書 | 様式第１号  付表１ | □ |
| ３ | 実施計画書 | 様式第１号  付表２ | □ |
| ４ | 誓約書 | 様式第1号  付表３ | □ |
| ５ | 団体の規約・規則等 | 様式任意 | □ |
| ６ | 団体の収支予算書（直近のもの） | 様式任意 | □ |
| ７ | 十日町市訪問型サービスＢ補助事業実施団体認証申請書 | 要領様式  第１号 | □ |
| ８ | 生活支援サービス提供（予定）者の名簿一覧 | 様式任意  （参考様式  第１号） | □ |
| ９ | 生活支援サービス提供者の資格を証明する  書類の写し | 証明書等の  コピー | □ |
| 10 | 組織体制図及び緊急体制表 | 様式自由 | □ |
| 11 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる  措置の概要 | 要領様式  第２号 | □ |
| 12 | 補助金口座振替申出書（通帳口座コピー付） | 要領様式  第３号 | □ |
| 13 | 生活支援サービス提供に伴う利用者・従事者の補償のための保険加入証書等の写し | 保険証書等  のコピー | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 14 | 十日町市訪問型サービスＢ  生活支援サービス従事者登録申込書 | 要領様式  第４号 | □ |

※　この書面は提出時にチェックを入れてお持ち（郵送）ください。

※　参考様式は市で作成した参考の様式であり、団体の方でこの参考様式の情報を含めた内容の資料があれば、その資料を添付していただいてかまいません。

※　14は新規申請団体の場合のみ、当初の申請時に一緒に提出してください。