訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書

|  |  |
| --- | --- |
| グループ等の名称 |  |
| 代表者 | 住所(　　　－　　　　) |
| フリガナ　氏名 |
| 電話 |
| サービスの利用調整担当者（窓口） | 住所(　　　－　　　　) |
| フリガナ氏名 |
| 電話 |
| FAX |
| Eメール |
| 活動の拠点となる住所(連絡調整や書類の保管等を行う場所) | 住所(　　　－　　　　) |
| 電話 |
| FAX |
| 活動対象地域 |  |
| 提供するサービス（玄関先での生活支援） | □声かけ見守り訪問□ごみ出し　　□古紙運搬□簡単な修繕□その他 |
| サービス提供実施日 | □原則、毎週（　）曜日□原則、毎月（　　　　　　　　　 　）日□利用者の必要に応じて相談可能□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 補助対象外のサービス | （１）補助金の対象範囲（一月あたりの上限回数）を超えるサービス提供への対応□無□有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （２）その他独自に取り組むサービス□無□有 |
| ケアプランに基づく事業対象者、要支援者、要介護者へのサービス提供上限人数 |  | その他一般の利用者の受入上限人数 |  |
| サービスの開始日 | 　　　　年　　　月　　　日　から |
| 加入している（予定を含む）ボランティア保険等の種類 |  |
| 事故発生時の対応について |  |
| 備考 |  |