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 |  | | |