通所型つど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(活動実施、連絡調整、書類の保管等を行う場所) | 住所(　　　－　　　　) |
| 電話 |
| FAX |
| 通所型つどいサービスを実施する会場 | 住所(　　　－　　　　) |
| 当日の連絡先 |
| 提供するサービス内容 | □介護予防体操□レクレーション□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| サービス提供実施日におけるタイムスケジュール |  |
| 補助対象外のサービス提供について | （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□有有の場合の料金規定等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （２）独自に取り組むサービスの提供□無□有有の場合の内容・料金規定等 |
| ケアプランに基づく | 要支援者事業対象者 |  |
| 要介護者 |  |
| その他の一般利用者 |  |
| 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 |  |