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 | |  |