

東大阪市

介護予防・生活支援サービス事業

（訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス）

事業実施の流れ



東大阪市福祉部高齢介護室

地域包括ケア推進課

事前準備

令和7年10月から事業の参画をご希望いただいております団体・グループさまにつきまして、**令和8年2月6日（金）までを受付期間とし**、東大阪市福祉部高齢介護室地域包括ケア推進課（本庁9階4番窓口）で事業実施計画書の受付を実施させていただきます。

今までの声かけ訪問、サロン活動で
総合事業に参画しよう！

市が実施する従
事者研修も受講
したわよ！

2人以上の自立した
グループ（担い手）を
会則などにより
構成します。



代表者は五郎さん
書類作成の担当は夕子さん

※事業に参画いただける団体、グループさま（以下「グループ等」という。）は東大阪市に活動拠点及び活動対象地域があり、2人以上で構成される自立したグループ等とさせていただきます。よって、立ち上げの支援を受けているグループ等は参画していただくことができませんのでご注意ください。

市に提出する計画書を作ろう！



作成する書類がたくさん
ありすぎて・・・
どうしよう

ご相談ください！
いつでも市や地域包括支援セン
ターの職員が書類を作るお手伝
いをさせていただきます！



地域包括支援センター職員



まずは、

東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書（様式第1）

【参考記載例①】

様式第1（第9条第1項関係）

令和 年 月 日

（あて先）東大阪市長

代表者住所

東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

フリガナ

グループ等の名称

おたがいさま

フリガナ

代表者

ヒカシオオサカ コロウ
東大阪 五郎

① 代表者の方の住所

② グループ名

③ 代表者の氏名・ふりがな

令和8年度 東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第9条第1項に基づき、東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書について関係書類を添えて提出いたします。

記

提供するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問型助け合いサービス <input checked="" type="checkbox"/> 通所型つどいサービス
添付書類	<input type="checkbox"/> 訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ 通所型つどいサービス事業実施計画概要書 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ 収支予算書（活動拠点ごと） <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ サービス従事者名簿（活動拠点ごと） <input checked="" type="checkbox"/> Ⅳ 誓約書 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅴ 照会同意書 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅵ ボランティア保険等の証書（事業開始） <input checked="" type="checkbox"/> Ⅶ 会場の平面図（活動拠点ごと） <input checked="" type="checkbox"/> Ⅷ その他（ 会則（写）、A 会館利用料金表（写） ）

会場の使用料が発生する場合、使用料がわかる料金表や契約書等の写しを添付してください。
その他必要に応じて書類の添付をお願いすることがあります。

新規の場合は全ての書類が必要です。
（会場の平面図に限り、つどいサービスのみ添付）

グループの会則や法人の定款の写しを添付してください。

I 概要書を作ろう！

通所型つどいサービス事業実施計画概要書

様式第1に記載した代表者又はグループで複数拠点の代表者を別に定めておられる場合は、各拠点の代表者を記入してください。

サービス利用調整担当者とは、ケアプランを作成する地域包括支援センターやサービスの利用を希望する方との調整を担っていただく方です。書類作成等も担っていただきます。

利用者の個人情報に記載された書類を保管する場所として定めてください。



会場が上記の活動拠点と別の場所である場合は、サービス実施日の当日に必ず連絡が取れる連絡先を定めて右の当日の連絡先に必ず記入してください。

グループ等の名称	おたがいさま
代表者	住所(〒570-0000) 東大阪市00町1丁目0番0号
	フリガナ ヒガシオオサカ ゴロウ
	氏名 東大阪 五郎
	電話 06-0000-0000
サービスの利用調整 担当者 (窓口)	住所(〒570-0000) 東大阪市00町2丁目0番0号
	フリガナ チイキ ユウコ
	氏名 地域 タ子
	電話 06-0000-0000
	FAX 06-0000-0000
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)	Eメール chiikiyuko@aaaaa.ne.jp
	(〒570-0000) 東大阪市00町2丁目0番0号
	電話 06-0000-0000
	FAX 06-0000-0000
通所型つどいサービスを実施する会場	(〒570-0000) 東大阪市00町1丁目△番▲号 A 会館 2階会議室
	当日の連絡先 090-0000-0000

提供するサービスの内容は、ケアプラン作成（利用者の興味関心）のポイントになりますので十分に検討し、できるだけ詳しく記載ください。

提供するサービス内容		<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防体操 <input checked="" type="checkbox"/> レクリエーション <input checked="" type="checkbox"/> その他 華道：お花タイム 珠算：そろばんタイム 計算：計算タイム	
サービス提供実施日		<input checked="" type="checkbox"/> 原則、毎週（ 火・金 ）曜日 <input type="checkbox"/> 原則、毎月（ ）日 <input type="checkbox"/> 利用者の必要に応じて相談可能 <input type="checkbox"/> 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		10:00 出席の確認 10:10 ～ 健康チェック、血圧測定 10:30 ～ 楽しくトライ体操 10:45 ～ 血圧測定 11:00 ～ 休憩 お茶の時間 11:15 ～ 12:00 週替わりのレクリエーション	
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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の料金規定等 1回 300円	
		（2）独自に取り組むサービスの提供 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の内容・料金規定等 総合事業の対象者以外 1回300円	
要支援・事業対象者の方が要介護になり、引き続き利用が必要な場合は、ケアプランに基づき補助の対象者として利用が可能です。	ケアプランに基づく	要支援者 事業対象者	5人
		要介護者	※上記と合わせて5人
その他の一般利用者		5人	
サービスの開始日		令和8年 4月 1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		OOOOボランティア保険 <div>必ずご加入ください。</div>	

事故発生時の対応とは・・・

（介護保険法に定められています！）

- ・サービスの提供で何らかの事故が発生した場合は、市役所や利用者の家族、担当の地域包括支援センターなど必要な人に連絡して、事故に対して必要な対応をとらなければならない。
- ・事故の状況や、事故に対してとった対応を記録しなければならない。
- ・賠償すべき事故が発生した場合速やかに損害賠償を行わなければならない。

事故発生時の対応について

グループで事故発生時にどのような体制をとり備えているかは非常に大切なことです。例として右記の内容を記載します。グループ内で対応手順等を十分に確認し、万が一の事故発生時には速やかな対応ができるような体制を整えておいてください。

例えば下記のように

- ・事業の人員、設備、及び運営に関する基準を守ります。
- ・グループとして事故発生時マニュアルの作成をし、サービス実施日は会場に事故発生時マニュアルを誰もがわかる場所に設置します。
- ・会場には事後発生時に速やかに家族や必要な関係機関への連絡体制が取れるよう携帯電話を用意しています。
- ・A 会館近隣の医療機関である〇〇医院、●〇病院、□△診療所へ事業の説明を行っていき診療時間内の緊急時の診察について協力を依頼しています。
- ・利用者カードに記載のあるかかりつけ医と速やかに連絡がとれるよう、緊急時の連絡先一覧を作成しています。
- ・グループのサービス従事者は消防署が行う普通救命講習を受講しています。
- ・A 会館のAED設置場所をすべてのサービス従事者が把握するようにしています。

備考

お茶代として開催日1回につき別途50円いただきます。

レクリエーションにかかる材料費は別途いただきます。

- ・折り紙代は1回につき20円
- ・お花代は1回につき300円

Ⅱ 対象年度の収支予算書を作ろう！

収入について

I の概要書に記載した内容を確認しましょう。（前ページの記載例の内容）

- ① サービス提供実施日（毎週火・金の週2回）月8回
- ② 補助対象外のサービス料 一般利用者の利用料は300円
- ③ ケアプランに基づく利用者（要支援1・2、事業対象者、要介護者）の受入れ人数（5人）
- ④ 一般の利用者の受入れ人数（5人）
- ⑤ サービスの開始日（令和8年4月1日）対象年度は12ヶ月間
- ⑥ お茶代（50円）
- ⑦ 実費徴収する材料費等（概ねの金額を見積もる）

注意事項 飲食の費用やレクリエーションに必要な材料費は利用者から実費徴収してください。

収入

科目	内容	積算内訳	収入金額
利用料	ケアプランに基づく利用	@100円×8回×12ヶ月×5人	48,000
利用料	一般利用者	@300円×8回×12ヶ月×5人	144,000
お茶代	コーヒー代	@50円×8回×12ヶ月×10人	48,000
材料費	折り紙代 お花代 プリント代	@20円×1回×12ヶ月×10人 @300円×1回×12ヶ月×10人 @20円×1回×12ヶ月×10人 @20円×1回×12ヶ月×10人	43,200

次に、補助上限額（A）の額を試算しましょう。

- ① 基本補助金部分 1回開催につき2,500円（1ヶ月の上限20,000円）
@2,500円×8回=20,000円

1ヶ月の基本補助金部分は 20,000円

- ② 利用実績補助金部分 事業対象者1人につき1回900円で1ヶ月の上限は8回、対象者が5人と見込んでいるので

@900円×8回×5人=36,000円

1ヶ月の利用実績補助金部分は 36,000円

- ① と②を合わせて、1ヶ月の補助上限額（A）は56,000円

事業対象の月数が 4月～3月末の12ヶ月なので

@56,000円×12ヶ月=672,000円が
令和8年度の補助上限額（A）の額となります。

事業 補助金 収入	市の補助金	補助上限額（A） @20,000円×12ヶ月 + 900円×8回×5人×12ヶ月 = 672,000円	
-----------------	-------	-----------------------------------------------------------	--

支出について

支出については、会場の家賃や使用料、光熱水費、消耗品、通信費（電話代、郵便代）
保険料、人件費、謝金 など グループに応じた経費を見込んでください。

経費のうち経費認定の上限があるものや経費認定に按分（詳細は、東大阪市介護予防・生活
支援サービス事業補助金交付要領に記載しています。）をお願いするものがあります。

例えば、会場費については上限額を2,500円としています。

会場の使用料が3,000円の場合 実際にかかる経費と事業対象経費に差が生じます。

支出

科目	内容	積算内訳	事業経費	内事業対象経費分
会場費	〇〇会場	@ 3,000円×8回×12ヶ月 = 288,000 (内上限分) @ 2,500円×8回×12ヶ月 = 240,000	288,000	240,000

消耗品費	はさみ のり・・・	はさみ、のり、コピー用紙 紙コップ、ティッシュ等	5,000	5,000
------	--------------	-----------------------------	-------	-------

○担い手分として加入する保険料については原則全額が事業対象経費となります。

○現在、担い手のうちサービス提供をする方に支払う人件費や謝金については**事業対象経費**
としておりません。

科目	内容	積算内訳	事業経費	内事業対象経費分
会場費			288,000	240,000
消耗品費			5,000	5,000
省略				
小計			478,600	(B) 361,200

(A) 補助上限額と (B) 補助対象経費を比べ少ない方の額が補助金の交付額となります。

収支予算書記載例

申請年度の事業開始月
から年度末の3月末まで
の予算書を作成ください。

令和8年度 東大阪市通所型つどいサービス収支予算書

この記載例は、つどいサービスを令和8年4月1日から半年間、毎月週に2回(1月で8回)開催し、ケアプランに基づく利用者を含わせて5人、それ以外の一般利用者が5人参加すると見込んだ場合の予算書です。

グループ等の名称

おたがいさま

収入

科目	内容	積算内訳	収入金額
利用料	ケアプランに基づく利用者	@100円×8回×12ヶ月×5人	48,000
利用料	一般利用者	@300円×8回×12ヶ月×5人	144,000
飲料代(利用者実費分)	コーヒー代	@50円×8回×12ヶ月×10人	48,000
材料費(利用者実費分)	折り紙タイム お花タイム そろばんタイム 計算タイム	折り紙代@20円×1回×12ヶ月×10人 お花代@300円×1回×12ヶ月×10人 プリント代@20円×1回×12ヶ月×10人 プリント代@20円×1回×12ヶ月×10人	43,200
その他の収入			
事業補助金収入	市補助金	(A) @20,000円×12ヶ月× 900円×8回×12ヶ月×5人=672,000 (補助上限額 672,000円)	672,000
小計			955,200
自己資金	支出費用補填 (事業経費小計-収入小計)		1,600
合計			※2 956,800

基本補助額+実績補
助額=補助上限額
(A)

実際に要した補助
対象経費(B)

(A)と(B)のどちら
か少ない方の額が
補助金の交付額と
なります。

支出

科目	内容	積算内訳	事業経費	内事業対象経費分
会場費	A会館 2階会議室	@3,000円×8回×12ヶ月 (内事業対象経費の上限分@2,500円×8回×12ヶ月)	288,000	240,000
光熱水費			0	0
消耗品費	はさみ、のり、コピー用紙 紙コップ、ティッシュ等	はさみ、のり、コピー用紙 紙コップ、ティッシュ等	5,000	5,000
消耗品費	衛生用品	マスク、手指消毒剤、ペーパータオル、ハンドソープ	11,500	11,500
材料費	生花、計算プリント、折り紙	生花、計算プリント、折り紙	22,000	0
食糧費	お茶・茶菓子	お茶・茶菓子	24,000	0
印刷費	利用印刷代	コピー料金 @10円×200枚×12ヶ月	24,000	24,000
通信費	携帯料金(会での購入分)	携帯代金 @2,000円×12ヶ月	24,000	24,000
通信費	FAX通信、メール送受信 (地域タ子さん宅)	FAX通信 @800円×12ヶ月×事業経費率1/4(※) インターネット回線料 @1,000円×12ヶ月×事業経費率1/4(※)	5,400	5,400
保険料	ボランティアグループ保険料 (通所型分)	@4,000円×12ヶ月	48,000	48,000
講師謝礼	お花教室講師謝礼	@1,000円×12回×1人	12,000	12,000
人件費	サービス調整を行う者の人件費	地域タ子 @1,000円×8回×12ヶ月 +500円×8回×12ヶ月×5人	336,000	336,000
謝金	ボランティアさんへの謝金	@1,000円×8回×12ヶ月×1人	96,000	0
小計		サービス提供者に支払う人件費・謝金については現時点では補助の対象としておりません。	895,900	(B)705,900
次年度繰越金	(収入小計-事業経費小計)		0	0
合計			※2 895,900	705,900

※1 実費計算は、按分等による計算も可能。

通信費について、通信機器が日常生活(事業外)と事業の兼用である場合は、事業に相当する使用頻度を勘案し経費率を算出し、その経費率に応じた予算を計上してください。

※2 収入金額合計と事業経費合計は同じ金額になるよう記入してください。

注意事項

訪問型助け合いサービス事業を併行して運用される場合には役務費(保険料・通信費等)、需用費(消耗品費・備品購入費・光熱水費)を通所型つどいサービス事業分のみ按分して計上してください。

市は提出していただいた計画書をもとに、同じ活動地域内における複数のグループ等の予定事業量を確認します。計画書の事業見込みが実態にそぐわない場合は、そのグループ等に計画書の再提出をお願いします。

いつでも市や地域包括支援センターの職員が
書類を作るお手伝いをさせていただきます！



地域包括支援センター職員

Ⅲ（サービス従事者名簿）～ Ⅷ（その他 会則）については資料３の記載例を確認ください。

承諾した計画書に記載のある

グループ等の名称、活動の拠点となる住所、電話番号、FAX番号、提供するサービスの内容、活動対象地域、会場等の情報を東大阪市ウェブサイト等に公開します。

（＊ウェブサイトの公開は順次行っています。）

研修実施計画書を作ろう！

グループでこの事業に関する研修会を開催する、外部の研修会に参加する等の予定がある場合は、東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書（様式第８）【参考記載例⑭】を作成してください。

市では、グループにより安全で効果的な事業を実施いただくために、高齢者の安全管理や介護予防に資する研修等への参加や事業内容の向上に資する研修会等の計画を立てていただくようお願いしております。また、この研修計画に基づき運営（参加）した研修に要した経費に対して、研修運営等加算補助金を交付する（該当年度の上限は12,000円）仕組みを設けています。

令和8年10月10日

（宛先）東大阪市長

代表者住所

東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

グループ等の名称

おたがいさま

代表者 ヒガシオサカ 東大阪 ゴロウ 五郎

令和8年度 東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第9条第1項に基づき、以下のとおり東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書を提出いたします。

記

※年度途中で研修等を計画書する場合は、研修等の実施日の2ヶ月前までに提出してください。

拠点のグループ名	おたがいさま
研修内容	<input type="checkbox"/> 事故防止 <input type="checkbox"/> 個人情報の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 健康管理 <input checked="" type="checkbox"/> 衛生管理 <input type="checkbox"/> 介護予防プログラム <input checked="" type="checkbox"/> その他（ノロウイルスの処理手順（実習あり）、インフルエンザ予防について）
研修実施予定日時	令和9年2月8日（月） 10時から12時
研修会場	A 会館 2階会議室
研修参加人数	5人
講師の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合講師名（ 浪速 通子 ）
研修に要する費用 （予定で試算）	・講師謝礼 8,000円 ・会場費 2,500円 ・ノロウイルス実習用品（ビニール手袋、マスク、ペーパータオル、 合羽、靴カバー、バケツ、家庭用塩素系漂白剤など） 5,000円 ・当日資料コピー代 500円

研修参加等加算補助金の予定額 16,000 円

左記の研修実施計画書は毎年度の事業実施計画書と一緒に市へ提出ください。

また、年度の途中で研修会の実施や参加を計画された場合は、研修会の日の2ヶ月前までに市へ研修実施計画書を提出してください。

～研修に要する費用～

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱の別表2に掲げております。

- ・研修会の運営にかかる人件費
 - ・研修会場、設備にかかる使用料や賃借料
 - ・講師への謝礼
 - ・研修会場までの交通費
 - ・消耗品、印刷製本費、通信費等
- を想定しております。

計画した研修が終了しましたら、研修に要した費用や出席者、研修内容等を簡単に記録し、保管しておいてください。

研修運営等加算補助金の申請については、P21～をご確認ください。

サービス実施計画書、研修実施計画書の提出が完了したグループは事業を実施する準備をしてください。

例えば

- ・ 活動地域の地域包括支援センターとの連携
- ・ ボランティア保険加入の確認（加入手続き）

※ボランティア保険については、サービス提供中におきた利用者に対する損害について、賠償責任が生じた時のため、必ずご加入ください。

代表者さまには、従事者さまをその責任から守るものとして、保険加入をお願いしております。

- ・ 備品や消耗品の買出し
- ・ 利用者と交わす、説明確認書の作成
- ・ 利用者の緊急対応などに使う利用者カードの準備
- ・ 利用料を受取ったときに発行する領収書
- ・ サービス実施内容の記録をとるための日誌
- ・ 遵守事項をグループ内で確認

など

事業の実施

計画書に記載したサービスの開始日から事業を実施していただきます。

グループと利用者のマッチング

地域包括支援センター等が、要支援者、事業対象者（サービス事業の対象者）の様々なニーズに対応できるグループを東大阪市ウェブサイト等の公開情報などを参考に案内します。



孫も大きくなって、最近外出することが少なくなったなあ・・・

太郎さんの得意なそろばんや将棋をしているサロンがありますよ！見学に行ってみませんか？



地域包括支援センター職員

連携

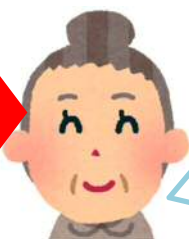
直接、高齢者から利用したいと希望を受け付けた場合は、必ずその方の住所地を担当する地域包括支援センターに相談してください。



楽しそうなサロンだわ・・・
私は78歳ですが、一緒に参加させてくださいな



お住まいはどこですか？
担当の地域包括支援センターに連絡してみますね！



担い手 タ子さん

★補助金事業の対象者としてサービスを利用するには初回のケアプランが必要です。特に他のサービスを利用されている場合などは、サービス内容を検討しますので、必ずしも補助金事業の対象者として利用ができるとは限りません。

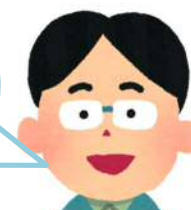
利用調整



担い手 タ子さん

わかりました！
当日のメンバーにも伝えておきますね！

来週の火曜日に、80歳の男性とサロン見学にうかがっていいですか？



地域包括支援センター職員

グループ等は、地域包括支援センターとサービス事業の対象者を受け入れる調整を行い、準備をしてください。



太郎さん すごく楽しそうに
体操やレクリエーションに参加していたな。
サロンに通って外出の機会を増やすという
目標を持ってくれてよかった！

地域包括支援センターの担当者（以下「プラン担当者」という。）がケアプランを作ります。
★ボランティア型のサービスであっても必ず初回のケアプランが必要です。



ケアプランをもらう

ケアプランの受取り：プラン担当者からサービスを利用することとなったサービス事業の対象者（以下「利用者」という。）の詳しい情報提供があります。その後、プラン担当者からケアプランの写し【参考記載例②】（必要に応じサービス提供票）を受取ります。
（★補助金事業の対象となるのはこのケアプランに記載された内容に限ります。）



太郎さんのケアプランの写しです。
このプランにそって、毎週2回太郎さんがサロンに
来られるので宜しくお願いします！

※ケアプランには個人情報がたくさん載っています。厳重に取り扱ってください。

No.

利用者名 大阪 太郎 様 (男)75歳

認定年月日 令和〇〇年 〇月 〇日

計画作成者氏名 ○○ ●□

計画作成(変更)日 ○○年○○月○○日(初回作成日 ○○年○○月○○日)

目標とする生活

1日	規則正しい生活リズムをつかみ、適度の運動となる外出をする。
----	-------------------------------

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における 課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>運動・移動について</p> <p>2年前に脳梗塞を発症し、右下肢に痺れがあり、筋力も低下しており、歩行が不安定にあることがある。○○○○○○○○</p> <p>○○○○○</p> <p>○○○○○○○○○○○○○○。</p>	<p>(本人)</p> <p>最近では歩行時につまづきやすくなっているので安定した歩行で外出をしたい。</p> <p>(長女)</p> <p>歩き方が不安定なのが心配。</p>				
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>○○○○○○○○○○○○○○○○</p> <p>○○、昼前に2時間ほど寝ることが習慣となり、夜眠れなくなったり○○○○○○</p> <p>○○○○○○。</p>	<p>(本人)</p> <p>○○○○○○○○○○○○</p> <p>(長女)</p> <p>○○○○○○○○○○。</p>				
<p>社会参加、対人関係・</p> <p>○○○○○○○○○○○○○○○○</p> <p>半年前から参加しなくなり○○</p> <p>○○○○○○○○。電話の利用等問題はなく、○○○○○○○○。</p>	<p>(本人)</p> <p>外出の頻度が減ったが以前のよう</p> <p>に人の役に立つことがしたい。</p> <p>(長女)</p> <p>○○○○○○○○○○。</p>				
<p>健康管理について</p> <p>脳外科に1回／月、内科に2回／月定期受診、内服加療を受けている。物忘れが増えてきている。</p>	<p>(本人)</p> <p>○○○○○○○○○○○○</p> <p>(長女)</p> <p>○○○○○○○○○○。</p>				

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

運動時の血圧に留意。 180/100mmHg、100/50mmHgで運動禁止。

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

地域支援事業の物口は必要事業プロジェクトの半分の数値に抑えて下さい。						
	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこもり予防	物忘れ 予防	うつ予防
予防給付 地域支援事業	3/5	0/2	0/3	1/2	1/3	3/5

・支援計画書

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2・事業対象

地域支援事業

自宅訪問



グループのサービス利用調整担当者は、利用者がサービスを受ける日までに連絡を取り、利用者の自宅を訪問してください。

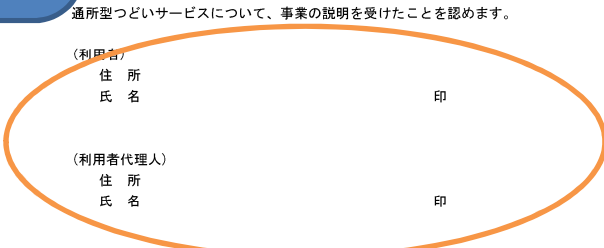
※注意 自宅訪問はグループ等の訪問者の事故やトラブルを回避する手段として必ず2人以上で行ってください。

自宅訪問：サービス内容について説明確認書【参考記載例③】などの書面をもとに、利用料金や訪問の時間などの必要な事項の説明をおこない、利用者から説明確認書（2部）にサインをもらってください。

サービスの説明をする

通所型つどいサービスの説明確認書	参考記載例③
<p>□1. 事業名 （団体・グループの名称）おたがいさま （代表者氏名）東大阪 五郎 （電話番号）06-●●●●-●●●●</p> <p>□2. 活動実施内容 （活動会場）A会館 2階会議室 （活動の時間帯）毎週火曜・金曜9：30～12：30 （主な活動内容）気軽に簡単な体操やレクリエーションを行い、地域住民のつながりを大切にできる場を目指しています。</p> <p>□3. 利用料について ★利用料として ・月8回までは1回 100円 ・9回目以降 1回 300円 ★お茶代 ★材料費 ・1回 50円 ・必要に応じて自費徴収いたします。</p> <p>□4. 利用料の徴収について 利用料は、毎回会場において徴収させていただきます。</p> <p>□5. サービスの利用に関する留意事項 （1）サービスは「介護予防ケアマネジメント」に基づいて行います。 （2）利用の中止、変更、追加 ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更を希望される場合は、サービス提供の24時間前までに申し出てください。 ② サービス利用の変更・追加については、ご相談に応じます。 ③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、会場の稼働状況や利用者の希望期間にサービスの提供ができない場合、利用可能日時を利用者に提示して協議します。 （3）利用を中止していただく場合について ① 風邪や病気の場合はサービスの提供をお断りすることがあります。 ② 当日の健康チェックの結果や利用中に体調が悪くなった場合は、サービス内容の変更又は中止をすることがあります。 （4）他の利用者やサービス従事者に対する迷惑行為を行わないようお願いいたします。 （5）金銭、貴重品は原則、会場に持ち込まないようお願いします。 （6）他の利用者やサービス従事者に対して、飲食物等の物のやり取り、金銭の贈与はご遠慮願います。 （7）営利行為、宗教活動、政治活動は禁止します。 （8）会場の設備・備品等の利用は、サービス従事者の指示に従い、十分に注</p>	<p>意をお願いします。 （9）ペット類の持ち込みは禁止します。</p> <p>□6. 緊急時の対応について ① サービス利用中に体調が悪くなった等の緊急時は、利用者の家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて主治医及び最寄りの医療機関、地域包括支援センターに連絡を取る等必要な措置を講じます。 ② 緊急の場合は、救急車を呼ぶことがあります。</p> <p>□7. 情報提供について 私たちは、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、サービス事業者間で行われるサービス担当者会議等においては、必要な情報のみ提供させていただきます場合があります。</p> <p>□8. 質問等の受付について （1）サービスに対する質問やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご質問は以下の窓口で受け付けます。 ○ 地域 タ子（ちいき ゆうこ） 電話番号 06-●●●●-●●●● ○受付期間 月曜日～金曜日 13時00分～16時00分</p> <p>通所型つどいサービスの開始にあたり、令和 年 月 日に利用者又は代理人に対して、本書面に基づいて事業の説明をします。</p> <p>（説明者） 住 所 東大阪市○○町2丁目●番○号 グループ名称 おたがいさま 氏 名 地域 タ子</p> <p>私は、本書面により、令和 年 月 日に説明者から通所型つどいサービスについて、事業の説明を受けたことを認めます。</p> <p>（利用者） 住 所 氏 名 印</p> <p>（利用者代理人） 住 所 氏 名 印</p>

サインをもらう



利用者カードを書いてもらう

次に、利用者に資料3の利用者カード【参考資料④】を記入してもらってください。

利用者カード		* 取扱い注意	参考資料④
氏名			
住所			
生年月日			
連絡先			
血液型			
緊急時の連絡先（家族等）			
1	氏名と続柄		
	住所		
	連絡先		
2	氏名と続柄		
	住所		
	連絡先		
既往歴 （緊急時に備えるため必要な事項は必ず記入してください。）			
服薬の有無 （服薬のある方は緊急時に備えるためできるだけ詳細に記載ください。）			
かかりつけ医	医療機関名（ 住 所（ 電話番号（		
備考			

**※個人情報がたくさん載っています。
厳重に取り扱ってください。**

緊急な対応が必要になった場合、このカードに記載をした情報を、医療機関等へ情報提供することに同意します。

氏名（自署）

説明確認書の1部は利用者に渡し、もう1部の説明確認書と利用者カードは持ち帰ってください。

* 利用者へ初回のサービス提供日を伝えてください。（メモを残すなどの工夫もしてあげてください。）

* 通所型つどいサービスであっても利用者の自宅を把握しておく（利用者への緊急対応や安否の確認が必要になった場合、迅速な対応ができるため）必要がありますので、自宅訪問は必ず行ってください。



サービス実施計画票をつくる

サービス実施計画票の作成：自宅訪問後サービスの提供日が決定しましたら、サービス利用調整担当者は期別ごとにサービス実施計画票【参考記載例⑤】を作成してください。

サービス開始

サービスの実施：初回サービス提供日に、利用者へこれからのサービス実施日を伝えてください。（利用者にはカレンダーや手帳に予定を記入してもらい、サービス従事者がサービス実施予定日をメモに書いて渡すなどの工夫をしてください。） → サービス提供を行ってください。 → サービス従事者は、サービス提供が終われば、サービス実施計画票に利用者から押印又はサインをもらってください。**※このサービス実施計画票（原本）の押印又はサインに基づき補助金事業の実績確認を行います。**

通所型つどいサービス実施計画票

参考記載例⑤

グループの名称	おたがいさま		開催日	毎週火・金曜日
利用者	氏名	大阪 太郎		
	住所	東大阪市〇〇町3丁目●番●●号		
	生年月日	昭和16年〇月●日		
利用者を担当している 地域包括支援センターの名称	地域包括支援センター 〇〇●●			

令和7年度 第3期

サービス実施月	実施日	時間	サービスの内容	押印またはサイン
10月	3	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	7	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	10	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	14	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
	17	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	21	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	24	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	28	10:00~12:00	お花教室	大阪 太郎
11月	4	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	7	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	11	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	14	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
	18	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	21	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	25	10:00~12:00	お花教室	大阪 太郎
	28	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
12月	2	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	5	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	9	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	12	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
	16	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	19	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	23	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	26	10:00~12:00	お花教室	大阪 太郎

サインは毎回
もらってくだ
さい。



※下記の欄は市が記載します。

被保険者番号		介護度・認定有効期間	
プラン作成者		プラン有効期間	～

原本は補助金申請時に市へ提出してください。



※通所型つどいサービスの開催時には必ず健康チェックを実施してください。
つどいのひろば健康チェック票【参考資料⑥】（資料3参照）

血圧測定などの健康チェックは、利用者が参加する
体操や滞在中の体調管理、体調変化の目安になるので
必ず実施してください。



サービス終了



利用料の徴収：利用者から利用料を徴収し領収書【参考記載例⑦】（資料3を参照）を発行
してください。

* 利用料の徴収は1ヶ月分まとめていただいてもかまいません。



日報・日誌の作成：1日のサービス提供が終了しましたら、必ず日報や日誌【参考記載例⑧】
（資料3参照）を作成し、書類として記録保存しておいてください。

（日報や日誌をつけていただくことで、利用者の変化やグループ等の取組みの振り返り、後
に補助金の申請を行う際の資料作成に役立ちます。）



※定期的に地域包括支援センター職員が見学に伺いますのでご協力ください。また、運営上
の困りごとなどにもご相談ください。

補助金交付

【基本補助金、利用実績補助金】

事業を実施していただきましたら事業期間の期別ごとに補助金の交付申請を行ってください。

【第1期】4月、5月、6月

【第2期】7月、8月、9月

【第3期】10月、11月、12月

【第4期】1月、2月、3月

申 請：各期別における末月の翌月10日までに代表者＝（申請者）が補助金の交付申請を行ってください。

必要書類

- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付申請書（様式第3）
【参考記載例⑨】
- ・実績報告書（様式第4）【参考記載例⑩】
- ・サービス実施計画票（原本）【参考記載例⑤】
- ・収支内訳書【参考記載⑪】
- ・補助金対象経費の領収書（原本）
- ・その他市長が必要と認めるもの



決 定：市が補助金の交付決定を行ったときは、東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付決定書（様式第5）により申請者へ通知いたします。



請 求：申請者は東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付決定書（様式第5）を受け取った後、通知があった日から起算して10日以内に関係書類を添えて請求を行ってください。

必要書類

- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書（様式第6）
【参考記載例⑫】
- ・口座振替依頼書【参考記載例⑬】



支 払い：市は請求書類の確認を行い提出いただいた口座振替依頼書に記載の口座へ補助金を支払います。

前頁の流れで補助金決定を行ってまいりますので、年度の最終期別において、1年度の【実際にかかった経費】と【実績に基づく補助額】を比べ、
交付決定額の調整を行います。

例

	実際にかかった経費	実績に基づく補助額	それぞれの期別における交付決定額	年度差額交付分
4月～6月	50,000	80,000	50,000	
7月～9月	30,000	20,000	20,000	
10月～12月	100,000	120,000	100,000	
1月～3月	300,000	50,000	①50,000	
合計	480,000	270,000	220,000	②50,000

この例の場合、最終期別の交付決定額は ①+②の 100,000円となります。

【研修運営等加算補助金】

申 請：当該年度の補助対象事業の終了月の翌月10日までに代表者＝（申請者）補助金の交付申請を行ってください。

必要書類

- ・ 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付申請書（研修運営等加算用）
（様式第9）【参考記載例⑮】
- ・ 実績報告書（研修運営等加算用） （様式第10） 【参考記載例⑯】
- ・ 研修運営等にかかる対象経費の領収書（原本）
- ・ その他市長が必要と認めるもの

決 定：市が研修運営等加算補助金の交付決定を行ったときは、東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付決定書（様式第5）により申請者へ通知いたします。



請 求：申請者は東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付決定書（様式第5）を受け取った後、通知があった日から起算して10日以内に関係書類を添えて請求を行ってください。

必要書類

- ・ 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書

（様式第6） 【参考記載例⑰】

- ・ 口座振替依頼書 【参考記載例⑬】

この東大阪市介護予防・生活支援サービス事業は補助金事業となりますので毎年度予算の範囲内において実施いたします。したがって毎年度予算が決定次第この手続きの流れに沿って計画書、申請書等の書類の提出が必要になりますのでご了承ください。