

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) (補助金事業)

参考記載例

令和7年12月
東大阪市福祉部高齢介護室
地域包括ケア推進課

このページは空白です

訪問型助け合いサービス 記載例（事前準備）

- ・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 P.4
- ・訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書 P.5~6
- ・収支予算書 P.7
- ・サービス従事者名簿 P.8
- ・誓約書 P.9
- ・照会同意書 P.10、11
- ・会則 P.12、13

参考記載例①

様式第1号（第9条関係）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（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

フリガナ

団体・

グループ等の名称 おたがいさま

フリガナ

代表者 ヒガシオオサカ コロウ
東大阪 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 checked="" type="checkbox"/> 訪問型助け合いサービス <input type="checkbox"/> 通所型つどいサービス |
| 添付書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書 <input type="checkbox"/> 通所型つどいサービス事業実施計画概要書 <input checked="" type="checkbox"/> 収支予算書 <input checked="" type="checkbox"/> サービス従事者名簿 <input checked="" type="checkbox"/> 誓約書 <input checked="" type="checkbox"/> 照会同意書 <input checked="" type="checkbox"/> ボランティア保険等の証書（事業開始日までにご提出ください。） <input type="checkbox"/> 活動場所の平面図 <input checked="" type="checkbox"/> その他（　会則（写）　） |

| |
|--------|
| 承認欄 |
| |
| 番号：002 |

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 | おたがいさま |
| 代表者 | <p>住所(〒570-00●●) 東大阪市○○町1丁目○番○号</p> <p>フリガナ ヒガシオオサカ ゴロウ</p> <p>氏名 東大阪 五郎</p> |
| | <p>電話 06-●〇〇〇-〇〇●●</p> |
| サービスの利用調整 担当者 (窓口) | <p>住所(〒570-00●●) 東大阪市○○町2丁目■番○号</p> <p>フリガナ チイキ ユウコ</p> <p>氏名 地域 夕子</p> <p>電話 06-●□□●-▲△〇〇</p> <p>FAX 06-●□□●-〇□●■</p> <p>Eメール chiikiyuko@aaaaa.ne.jp</p> |
| 活動の拠点となる住所 (連絡調整や書類の保管等を行なう場所) | <p>住所(〒570-00●●) 東大阪市○○町2丁目■番○号</p> <p>電話 06-●□□●-▲△〇〇 090-●□□●-▲△〇〇</p> <p>FAX 06-●□□●-〇□●■</p> |
| 活動対象地域 | ○○中学校区域 |
| 提供するサービス (玄関先での生活支援) | <p><input checked="" type="checkbox"/>声かけ見守り訪問 <input checked="" type="checkbox"/>ごみ出し <input checked="" type="checkbox"/>古紙運搬 <input type="checkbox"/>簡単な修繕 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|-----|------------------|-----|
| 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 checked="" type="checkbox"/> 利用者の必要に応じて相談可能 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 補助対象外のサービス | <p>■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</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>有の場合の料金規定等</p> <p>ごみ出し 1回 50円 古紙運搬 1回 50円 自治会指定の集積所へは無料</p> | | | |
| 補助対象外のサービス | <p>■その他独自に取り組むサービス</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>有の場合のサービス内容・料金規定等</p> <p>総合事業の対象者以外へのサービス</p> <p>ごみ出し 1回 50円 古紙運搬 1回 50円 自治会指定の集積所へは無料 高齢者全般へのサービス 庭の掃除 1回300円 犬の散歩 1回300円</p> | | | |
| 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 | <table border="1" data-bbox="599 1136 1353 1282"> <tr> <td data-bbox="599 1136 758 1282">15人</td> <td data-bbox="758 1136 1202 1282">その他一般の利用者の受入上限人数</td> <td data-bbox="1202 1136 1353 1282">10人</td> </tr> </table> | 15人 | その他一般の利用者の受入上限人数 | 10人 |
| 15人 | その他一般の利用者の受入上限人数 | 10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 | ○○○○ボランティア保険 | | | |
| 事故発生時の対応について | <ul style="list-style-type: none"> ・グループとして事故発生時マニュアルの作成をし、サービス提供時に携帯します。 ・事後発生時には速やかに連絡体制が取れるよう携帯電話を携帯します。 ・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。 ・活動地域周辺の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。 | | | |
| その他特記すべき事項 | | | | |

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 東大阪市訪問型助け合いサービス収支予算書

この記載例は、助け合いサービスを

- ・令和8年4月1日から半年間、毎月週に2日活動する。
- ・毎回ケアプランに基づく利用者15人、それ以外の一般利用者10人に对しごみ出し支援を行う。
- ・助け合いサービス以外の庭掃除の支援を月に1回5人に行う。

と見込んだ場合の予算書です。

*補助金の対象となるのは、ケアプランに基づいてサービスを実施したもので、1人につ

団体・グループの名称

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 | @25円×8回×12ヶ月×15人 | 36,000 |
| 利用料 | ケアプランに基づく利用者で上限(1ヶ月8回まで)を超える場合の利用分 | @50円×1回×12ヶ月×15人 | 9,000 |
| 利用料 | 一般利用者 | ごみ出し@50円×9回×12ヶ月×10人 庭掃除@300円×1回×12ヶ月×5人 | 72,000 |
| その他の収入 | | | |
| 事業補助金収入 | 市補助金 | (A)@4,000円×12ヶ月+ @225円×8回×12ヶ月×15人 (補助上限額 372,000円) | 260,828 |
| 小計 | | | 377,828 |
| 自己資金 | 支出費用補填 (事業経費小計-収入小計) | | 11,000 |
| 合計 | | | ※3 388,828 |

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 ※1 |
|--------|---------------------------|---|------------|----------------|
| 光熱水費※1 | 事務所(地域タ子さん宅)光熱水費 | 電気@10,000円×12ヶ月×事業経費率1/7(※2) | 17,142 | 17,142 |
| 消耗品費※1 | 衛生用品、事務用品等 | ごみ袋、塩素系漂白剤、消毒用スプレー、マスク、ビニール手袋 はさみ、のり、コピー用紙 等 | 15,000 | 15,000 |
| 印刷費 | ちらし | | 20,000 | 0 |
| 通信費※1 | 携帯料金(会での購入分) | 携帯代金@2,000×12ヶ月 | 24,000 | 24,000 |
| 通信 | 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1/7(※2)=1,372円 インターネット回線料@1,000円×12ヶ月×事業経費率1/7(※2)=1,714円 | 3,086 | 3,086 |
| 保 | オンラインアグループ保険料 (訪問型分) | @4,800円×12ヶ月 | 57,600 | 57,600 |
| 人件 | サービス調整を行う者の人件費 | 地域タ子@1,500円×8回×12ヶ月×1人 (上限額:1ヶ月 4,000円+1,000円×15人=19,000円) | 144,000 | 144,000 |
| 人件費 | サービス実施者への謝金 | @1,000円×9回×12ヶ月×1人 | 108,000 | 0 |
| 小計 | | | 388,828 | (B) 260,828 |
| 次年度繰越金 | (収入小計-事業経費小計) | | | |
| 合計 | | | ※3 388,828 | 260,828 |

*1印の科目については対象者にかかる実費計算は、按分等による計算も可能

*2光熱水費・通信費について、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。

*3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

通所型つど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)を訪問型助け合いサービス事業分のみ按分して計上してください。

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業サービス従事者名簿(記載例)

団体・グループの名称 (おたがいさま)

1枚中 1枚目

| フリガナ 氏 名 役 職 名 | 住 所 | 生年月日 | 担当する サービス | サービス従事者の資格 | 資格の番号 |
|--|----------------|----------|--------------|--------------------------|--------------|
| ヒガシオオサカ ゴロウ 東 大阪 五郎 会長（代表） サービス担当 | 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号 | 昭和〇年〇月〇日 | 訪問型 通所型 | 介護福祉士 | 第D-●●●●●号 |
| ヒガシオオサカ ジロウ 東 大阪 次郎 副会長・サービス担当 | 東大阪市〇〇町1丁目●番●号 | 昭和〇年●月口日 | 訪問型 通所型 | 東大阪市 サービス従事者研修受 講者 | 東大阪第 1720001 |
| チイキ ユウコ 地域 夕子 会計・連絡調整担当 | 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号 | 昭和●年●月●日 | 訪問型 通所型 | 東大阪市 サービス従事者研修受 講者 | 東大阪第 1720002 |
| カイゴ タモツ 介護 保 監事・サービス担当 | 東大阪市〇〇北5丁目■番■号 | 昭和〇年〇月〇日 | 訪問型 通所型 | 介護職員初任者 研修修了 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| ヨボウ ミサオ 予防 操 サービス担当 | 東大阪市〇〇北5丁目■番〇号 | 昭和■年〇月●日 | 訪問型 通所型 | 東大阪市 サービス従事者研修受 講者 | 東大阪第 1720005 |

※サービス従事者の資格が確認できる書類を添付してください。

件名：東大阪市介護予防・生活支援サービス事業

誓 約 書

私は、東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱に規定する補助対象者として補助対象事業を実施するにあたり下記の事項について誓約します。

記

- 私は、東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱の規定を遵守し、補助対象事業の従事者へもこの要綱を遵守させるため必要な指揮を行います。
- 私は、東大阪市暴力団排除条例に基づき、市の事務事業により暴力団を利用することとならないよう暴力団員及び暴力団密接関係者を東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付の対象者から排除していることを承知したうえで、下記の（1）から（4）の事項についても誓約します。
 - 私は、東大阪市暴力団排除条例第2条1項2号及び3号に掲げる者のいずれにも該当しません。
 - 私は、前号に掲げる者の該当の有無を確認するため、東大阪市から役員名簿等の提出を求められたときは、速やかに提出します。
 - 私は、本誓約書及び役員名簿等が東大阪市から大阪府警察本部に提供されることに同意します。
 - 私が、誓約書（1）に該当する補助対象者であると東大阪市が大阪府警察本部から通報を受け、又は東大阪市の調査により判明した場合は、東大阪市が東大阪市暴力団排除条例及び東大阪市公共工事等暴力団対策措置要綱に基づき、東大阪市ホームページ等において、その旨を公表することに同意します。
- 私は、補助対象事業を実施するにあたり拠点を管轄する地域包括支援センター及び利用者のケアプラン作成者の拠点訪問の受け入れや情報共有等の連携を円滑に図ります。

(宛先) 東大阪市長

令和〇年〇月〇日

代表者の住所 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

代表者名 東大阪 五郎

照会同意書 (記入例)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

東大阪市長

代表者の住所：東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

グループ名等の名称：おたがいさま

代表者名：東大阪 五郎

東大阪

印

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3条2項の規定により、サービス事業に従事する者が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員及び東大阪市暴力団排除条例（平成24年東大阪市条例第2号）第2条第3号に規定する暴力団密接関係者に該当しないことを確認するため、下記に記載した項目について所轄の警察署長に照会することについて同意します。

記

【代表者を含むサービス従事者等の名簿】

| (フリガナ) 氏名 | 生年月日 役職名・呼称 | 住所 | 性別 | 印 |
|-------------------|---------------------------|----------------|----|-----|
| ヒガシオオサカ 東大阪 五郎 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 代表者・サービス担当 | 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号 | 男 | 東大阪 |
| ヒガシオオサカ 東大阪 次郎 | 昭和〇〇年●月〇日 代表補佐・サービス担当 | 東大阪市〇〇町1丁目●番●号 | 男 | 東大阪 |
| チイキ 地域 タコロ 夕子 | 昭和●年●月●日 会計 | 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号 | 女 | 地域 |
| カイゴ 介護 タモツ 保 | 昭和〇〇年〇月〇日 会計監査・サービス担当 | 東大阪市〇〇北5丁目■番■号 | 男 | 介護 |
| ヨボウ 予防 ミサオ 操 | 昭和●年〇月●日 サービス担当 | 東大阪市〇〇北5丁目■番〇号 | 女 | 予防 |
| | | 以下余白 | | |

備考

- この同意書は、法人又は団体、グループ単位での提出となります。
- サービス事業に従事する者全ての方について記入し、本人が押印をしてください。

裏面へ

- 3 名簿に全ての方が記入しきれない場合は、別紙で添付してください。
- 4 この名簿に記載された全ての個人情報は、東大阪市個人情報保護条例（平成11年東大阪条例2号）の規定に基づいて取り扱うものとし、要綱第3条第1項に規定する介護保険事業の運営における排除対象者に該当しないことを確認する目的以外には使用しません。東大阪市がこれらの情報をもとに警察等関係機関から取得した個人情報についても同様です。

【参考】

暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）

（定義）

第2条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) （略）
- (2) 暴力団 その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体をいう。
- (3)～(5) （略）
- (6) 暴力団員 暴力団の構成員をいう。
- (7)・(8) （略）

東大阪市暴力団排除条例（平成24年東大阪市条例第2号）

（定義）

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1)・(2) （略）
- (3) 暴力団密接関係者 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有するものとして規則で定める者をいう。
- (4)～(6) （略）

東大阪市暴力団排除条例施行規則（平成24年東大阪市規則第40号）

（暴力団密接関係者）

第3条 条例第2条第3号の規則で定める者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 自己若しくは第三者の利益を図り又は第三者に損害を加える目的で、暴力団又は暴力団員を利用した者
- (2) 暴力団の威力を利用する目的で、又は暴力団の威力を利用したことに関し、暴力団又は暴力団員に対し、金品その他の財産上の利益又は役務の供与（以下「利益の供与」という。）をした者
- (3) 前号に定めるもののほか、暴力団又は暴力団員に対し、暴力団の活動を助長し、又は暴力団の運営に資することとなる相当の対償のない利益の供与をした者
- (4) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者
- (5) 事業者で、次に掲げる者のうちに暴力団員又は前各号のいずれかに該当する者のあるもの
 - ア 事業者（法人である場合に限る。）の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）
 - イ 支配人、本店長、支店長、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織（以下「営業所等」という。）の業務を統括する者
 - ウ 営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店長、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、これらと同等以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者
 - エ 事実上事業者の経営に参加していると認められる者
- (6) 前各号のいずれかに該当する者であることを知りながら、これを相手方として、公共工事等に係る下請契約、資材又は原材料の購入契約その他の契約を締結した事業者

参考

おたがいさま 会則

(名称)

第1条 この団体は「おたがいさま」と称する。

(組織)

第2条 この団体は東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業サービス従事者養成研修を修了したボランティア等の会員をもって組織する。

(目的)

第3条 この団体は営利を目的とせず、東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業のサービス事業を運営することで地域福祉に貢献し、会員相互の資質と意識を高めることを目的とする。

(事務所)

第4条 この団体の事務所及び運営拠点は東大阪市〇〇町2丁目■番〇号におく。

(役員)

第5条 この団体に次の役員をおく。

会長 1名 副会長 1名 会計 1名 役員 若干名 監事 1名

(役員の選出)

第6条 会長は総会において選出する。

2 副会長及び会計は会員の中から会長が選出する。

3 役員は会員の中より選出する。

(役員の任期)

第7条 役員の任期は2年とする。ただし再任は妨げない。

(役員の任務)

第8条 会長はこの団体を代表して団体を統括し会議の議長となる。

2 副会長は会長を補佐し、会長が事故のあったときはその職務を代行する。

3 会計は会計事務を掌理する。

4 監事は会計に関する事務を監査する。

(会議)

第9条 この団体の会議は、総会及び役員会とする。

(招集及び議決)

第10条 総会は年1回、役員会は必要に応じて会長が招集する。

2 会議の議事は出席者の過半数でこれを決定し可否同数のときは議長の決定するところによる。

(総会の審議事項)

第11条 総会は次の事項を審議する。

(1) 会務報告(事業報告)

(2) 予算、決算報告

(3) その他会長の付議する事項

(その他)

第12条 この団体の運営上、会則の定めない事項、または必要な事項は会長が役員会にばかり定める。

附 則 この会則は令和〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。

役員名簿

| | |
|-----|--------|
| 会長 | 東大阪 五郎 |
| 副会長 | 東大阪 次郎 |
| 会計 | 地域 夕子 |
| 役員 | 予防 操 |
| | |
| | |
| 監事 | 介護 保 |

通所型つどいサービス 記載例(事前準備)

- ・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 P.15
- ・通所型つどいサービス事業実施計画概要書 P.16~18
- ・収支予算書 P.19
- ・サービス従事者名簿（訪問型助け合いサービス参照）P.8
- ・誓約書（訪問型助け合いサービス参照）P.9
- ・照会同意書（訪問型助け合いサービス参照）P.10、11
- ・会場の平面図 P.20
- ・会則（訪問型助け合いサービス参照）P.12、13

参考記載例①

様式第1（第9条第1項関係）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(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

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

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"/> 通所型つどいサービス事業実施計画概要書 <input checked="" type="checkbox"/> 収支予算書（活動拠点ごと） <input checked="" type="checkbox"/> サービス従事者名簿（活動拠点ごと） <input checked="" type="checkbox"/> 誓約書 <input checked="" type="checkbox"/> 照会同意書 <input checked="" type="checkbox"/> ボランティア保険等の証書（事業開始日までにご提出ください。） <input checked="" type="checkbox"/> 会場の平面図（活動拠点ごと） <input checked="" type="checkbox"/> その他（会則（写）、A会館利用料金表（写）） |

| |
|-----------|
| 承認欄 |
| <p>受付</p> |
| 番号： |

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 | おたがいさま |
| 代表者 | <p>住所(〒570-00●●) 東大阪市○○町1丁目○番○号</p> <p>フリガナ ヒガシオオサカ ゴロウ</p> <p>氏名 東大阪 五郎</p> |
| サービスの利用調整 担当者 (窓口) | <p>電話 06-●〇〇〇-〇〇●●</p> <p>住所(〒570-00●●) 東大阪市○○町2丁目○番○号</p> <p>フリガナ チイキ ユウコ</p> <p>氏名 地域 夕子</p> <p>電話 06-●□□●-▲△〇〇</p> <p>FAX 06-●□□●-〇□●■</p> <p>Eメール chiikyuko@aaaaaa.ne.jp</p> |
| 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) | <p>(〒570-00●●) 東大阪市○○町2丁目○番○号</p> <p>電話 06-●□□●-〇□●□</p> <p>FAX 06-●□□●-〇□●■</p> |
| 通所型つどいサービスを 実施する会場 | <p>(〒570-00●●) 東大阪市○○町1丁目△番▲号</p> <p>A会館 2階会議室</p> <p><u>当日の連絡先</u> <u>090-●□□●-▲△〇〇</u></p> |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------|----|------|------------|
| 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 ~ 楽らくトライ体操 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 | <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有 有の場合の料金規定等 1回 300円</p> <p>(2) 独自に取り組むサービスの提供</p> <p><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</p> | | | | |
| ケアプランに 基づく | <table border="1"> <tr> <td>要支援者 事業対象者</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>要介護者</td> <td>※上記と合わせて5人</td> </tr> </table> | 要支援者 事業対象者 | 5人 | 要介護者 | ※上記と合わせて5人 |
| 要支援者 事業対象者 | 5人 | | | | |
| 要介護者 | ※上記と合わせて5人 | | | | |
| 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 | ○○○○ボランティア保険 | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 事故発生時の対応について | <p>例えば下記のよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・△会館近隣の医療機関である○○医院、●□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。 ・△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 | <p>お茶代として開催日1回につき別途50円いただきます。</p> <p>レクリエーションにかかる材料費は別途いただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・折り紙代は1回につき20円 ・お花代は1回につき300円 |

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合わせて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 | 飲食に要する費用、レクリエーションに必要な材料費は必ず実費徴収してください。 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。

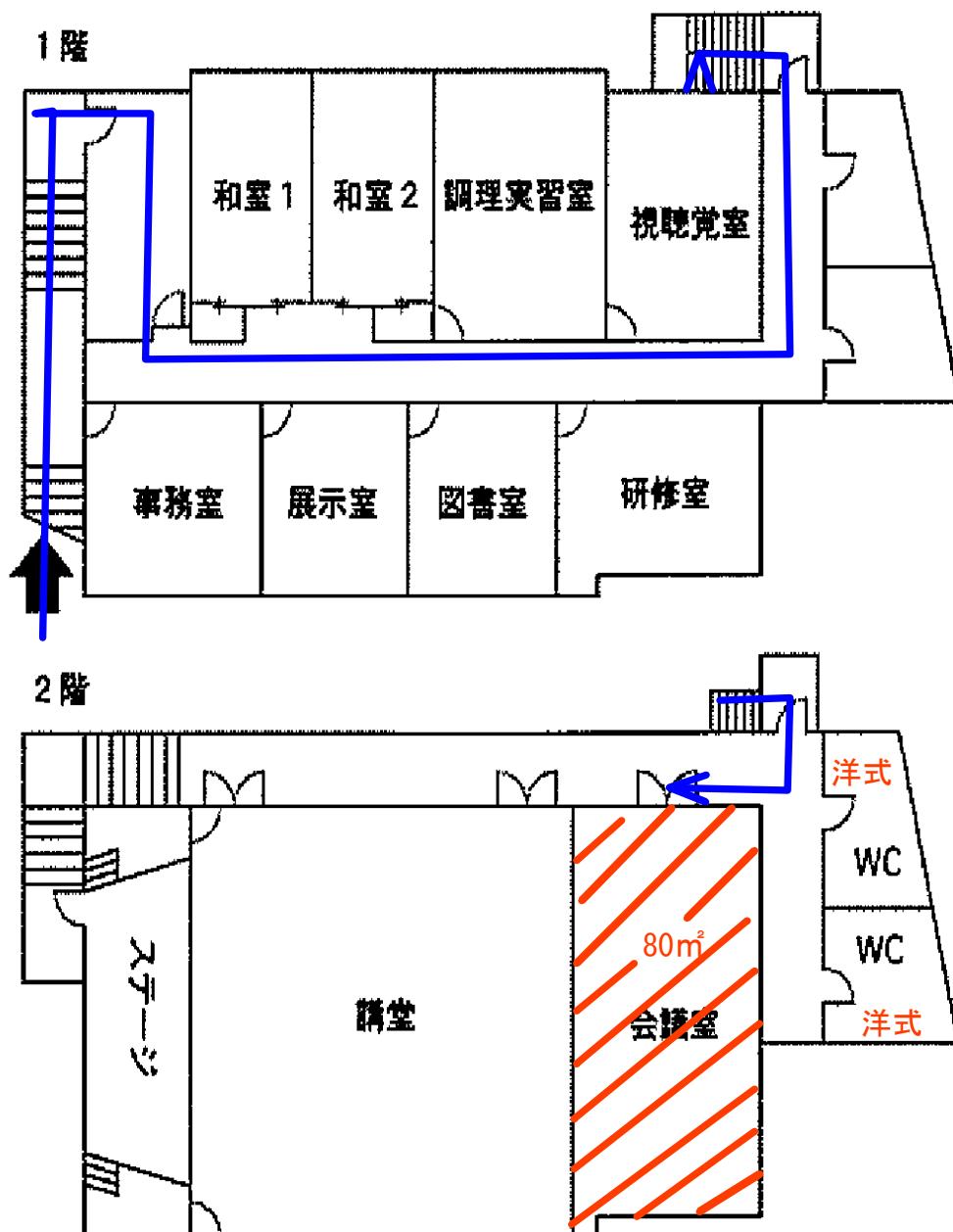
※2 収入金額合計と事業経費合計は同じ金額になるよう記入してください。

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。

通所型つどいサービスを実施する会場の平面図

- * トイレは必ず洋式か和式かがわかるように記載してください。
- * 大きな段差がある場合その高さがわかるように記載してください。
- * 会場が建物の2階以上にある場合は1階から会場までがわかるように記載してください。



このページは空白です

訪問型助け合いサービス 記載例（事業の実施）

- ・ケアプランの写し P.23、24
- ・訪問型助け合いサービスの説明確認書 P.25、26
- ・利用者カード P.27
- ・訪問型助け合いサービス実施計画票 P.28
- ・領収書 P.29
- ・日報 P.30

参考記載例②

介護予防サービス

No.

利用者名 大阪 太郎 様 (男) 75歳

認定年月日 令和〇年〇月〇日

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

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。

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以上で運動禁止。

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。

| 地域支援事業の昌昌はま事業・シニアフレンドリーリビング事業におけるうつ予防について | | | | | | |
|---|------|------|-------|---------|-------|------|
| | 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 または 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・事業対象者 | 地域支援事業 |
| 日～年月日 | 事業対象者：令和〇年〇月〇日～ | | |

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター： 地域包括支援センター〇〇●●

| | |
|----|------------------------|
| 1年 | 地域活動に役割をもって参加できるようになる。 |
|----|------------------------|

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

次回は入汲の入札(二回目)になります

ANSWER The answer is 1000.

| | |
|----------------|-------|
| 地域包括 支援センター | 【意見】 |
| | 【確認印】 |

上記計画について、同意いたします。

□ 1. 事業名

(グループ等の名称) おたがいさま

(代表者氏名) 東大阪 五郎

(電話番号) 06-●〇〇〇-〇〇●●

□ 2. 活動実施内容

(活動対象地域) ○○中学校区内

(活動できる時間帯) 毎週月曜・木曜日 8:00 ~ 12:30

(助け合いサービスの種類) ごみ出し、声かけ見守り訪問

□ 3. 利用料について

ごみ出し、声かけ見守り訪問

- ・月8回までは1回 25円
- ・9回目以降1回 50円

□ 4. 利用料の徴収について

利用料は、毎月訪問している最終日に1ヶ月分まとめていただきます。

□ 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、サービス従事者の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

(3) 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します。

□ 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。

□ 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く場合があります。

□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付けます。

○ 地域 夕子 (ちいき ゆうこ)

電話番号 〇九〇一●□□●ー▲△〇〇

○受付期間 月曜日～金曜日 13時00分～16時00分

訪問型助け合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。

(説明者)

住 所 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号

グループ名称 おたがいさま

氏 名 地域 夕子

私は、本書面により、令和 年 月 日に説明者から
訪問型助け合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。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

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 | | |

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）

参考記載例⑤

訪問型助け合いサービス実施計画票

| | | |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| 利用者 | 氏名(読み仮名) | 大阪 太郎 (おおさか たろう) |
| | 住所 | 東大阪市〇〇町3丁目●番●●号 |
| | 生年月日 | 昭和16年口月●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●● | |
| サービス提供をした 団体・グループ名称 | おたがいさま | |
| サービスの種類 | 訪問型助け合いサービス | |
| サービスの内容 | ごみ出し、声かけ見守り訪問 | |

令和7年度 第1期

| | | | | |
|----|-----------|-------|-----------|-------|
| 4月 | 4/7 9:15 | 大阪 太郎 | 4/3 9:20 | 大阪 太郎 |
| | 4/14 9:15 | 大阪 太郎 | 4/10 9:20 | 大阪 太郎 |
| | 4/21 9:15 | 大阪 太郎 | 4/17 9:20 | 大阪 太郎 |
| | 4/28 9:15 | 大阪 太郎 | 4/20 9:20 | 大阪 太郎 |
| | | | | |
| 5月 | 5/1 9:20 | 大阪 太郎 | 5/5 9:15 | 大阪 太郎 |
| | 5/8 9:20 | 大阪 太郎 | 5/12 9:15 | 大阪 太郎 |
| | 5/15 9:20 | 大阪 太郎 | 5/29 9:15 | 大阪 太郎 |
| | 5/22 9:20 | 大阪 太郎 | 5/26 9:15 | 大阪 太郎 |
| | | | | |
| 6月 | 6/2 9:15 | 大阪 太郎 | 6/5 9:20 | 大阪 太郎 |
| | 6/7 9:15 | 大阪 太郎 | 6/12 9:20 | 大阪 太郎 |
| | 6/14 9:15 | 大阪 太郎 | 6/19 9:20 | 大阪 太郎 |
| | 6/21 9:15 | 大阪 太郎 | 6/26 9:20 | 大阪 太郎 |
| | | | | |

※この実施計画票はグループ等が保管し期別終了後コピーを保管、原本は補助金の交付申請時に市へ提出してください。

※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 | |

領収書 (通所型サービス)

大阪 太郎 様

金 1,970円

内訳

| | |
|-----------------------|------|
| ○月分通所型サービス利用料8回分まで | 800円 |
| お茶代 (50円×9日)、お花代 300円 | 870円 |
| その他材料費@ 20円×6日 | |
| その他 (実費等) ○月○日利用料 | 300円 |

令和〇年

○月 ○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

東大阪

領収書 (控え: 通所型サービス)

参考記載例⑦

大阪 太郎 様

金 1,970 円

内訳

| | |
|-----------------------|------|
| ○月分通所型サービス利用料8回分まで | 800円 |
| お茶代 (50円×9日)、お花代 300円 | 870円 |
| その他材料費@ 20円×6日 | |
| その他 (実費等) ○月○日利用料 | 300円 |

令和〇年○月○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

領収書 (訪問型サービス)

大阪 太郎 様

金 200 円

内訳

| | |
|-------------------------|------|
| 訪問サービス(月 1 ~ 8回まで) | |
| 利用料 (○/○、○、○、○、○、○、○、○) | 200円 |
| その他 (実費等) | 円 |

令和〇年

○月○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

東大阪

領収書 (控え: 訪問型サービス)

大阪 太郎 様

金 200 円

内訳

| | |
|-------------------------|------|
| 訪問サービス(月 1 ~ 8回まで) | |
| 利用料 (○/○、○、○、○、○、○、○、○) | 200円 |
| その他 (実費等) | 円 |

令和〇年○月○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

参考記載例⑧

訪問型助け合いサービス提供日報

団体・グループ等の名称 おたがいさま
サービス提供者名 介護 保 介護

令和〇〇年〇〇月〇〇日

| 利用者氏名 | サービス内容 | サービス提供時間 | 気になったこと | 左記への対応 |
|-------|----------------|------------------|--|--|
| 大阪 太郎 | ごみ出し 声かけ見守り | 9:20 ~ 9:32 | 今朝 6:00 に起床しトイレに行く際フラフラしたので不安になったこと。 | かかりつけ医に受診いただくよう伝え、念のために地域包括支援センターの担当者へ報告しておいた。 |
| 山田 花子 | ごみ出し 声かけ見守り | 9:40 ~ 9:55 | 特になし | |
| 石原 祐二 | ごみ出し 声かけ見守り | 10:10 ~ 10:25 | 特になし | |
| 東 かい子 | ごみ出し 声かけ見守り | 10:30 ~ 10:45 | 特になし | |
| 美空つばめ | ごみ出し 声かけ見守り | 11:00 ~ 11:15 | 訪問時いつもより元気が無く表情が固く思った。ごみの量も先月から比べ少なくなっている。 | 地域包括支援センターの担当者へ報告担当者から訪問に行くこと。 |
| 地域 一郎 | 声かけ見守り | 11:30 ~ 11:45 | 特になし | |
| 介護 大輔 | 声かけ見守り | 11:50 ~ 12:10 | 特になし | |

その他申し送り等

地域一郎さんが庭の掃除を希望されているので、日程の調整をお願いします。

このページは空白です

通所型つどいサービス 記載例(事業の実施)

- ・ケアプランの写し（訪問型助け合いサービス参照）P.23、24
- ・通所型つどいサービスの説明確認書 P.33、34
- ・利用者カード（訪問型助け合いサービス参照）P.27
- ・通所型つどいサービス実施計画票 P.35
- ・つどいのひろば健康チェック票 P.36
- ・領収書（訪問型助け合いサービス参照）P.29
- ・日誌 P.37

□ 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-●〇〇〇-〇〇●●

□ 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・金曜日 10:00~12:00
(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。

□ 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。 |

□ 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。

□ 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、会場の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の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、飲食物等の物品のやり取り、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、充分に注

意をお願いします。

(9) ペット類の持ち込みは禁止します。

□ 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。

□ 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く場合があります。

□ 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 夕子（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

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。

(説明者)

住 所 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号

グループ名称 おたがいさま

氏 名 地域 夕子

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。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

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○・○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8年度 第1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 |
|---------|-----|-------------|---------------|----------|
| 4月 | 1 | 10:00~12:00 | タオル体操、折り紙 | 大阪 太郎 |
| | 4 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、そろばん | 大阪 太郎 |
| | 8 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操2 | 大阪 太郎 |
| | 11 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、計算 | 大阪 太郎 |
| | 15 | 10:00~12:00 | タオル体操、折り紙 | 大阪 太郎 |
| | 18 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、そろばん | 大阪 太郎 |
| | 22 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操2 | 大阪 太郎 |
| | 25 | 10:00~12:00 | お花教室 | 大阪 太郎 |
| 5月 | 6 | 10:00~12:00 | タオル体操、折り紙 | 大阪 太郎 |
| | 9 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、そろばん | 大阪 太郎 |
| | 13 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操2 | 大阪 太郎 |
| | 16 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、計算 | 大阪 太郎 |
| | 20 | 10:00~12:00 | タオル体操、折り紙 | 大阪 太郎 |
| | 23 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、そろばん | 大阪 太郎 |
| | 27 | 10:00~12:00 | お花教室 | 大阪 太郎 |
| | 30 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、計算 | 大阪 太郎 |
| 6月 | 3 | 10:00~12:00 | タオル体操、折り紙 | 大阪 太郎 |
| | 6 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、そろばん | 大阪 太郎 |
| | 10 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操2 | 大阪 太郎 |
| | 13 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、計算 | 大阪 太郎 |
| | 17 | 10:00~12:00 | タオル体操、折り紙 | 大阪 太郎 |
| | 20 | 10:00~12:00 | 楽らくトライ体操、そろばん | 大阪 太郎 |
| | 24 | 10:00~12:00 | タオル体操、折り紙 | 大阪 太郎 |
| | 27 | 10:00~12:00 | お花教室 | 大阪 太郎 |

※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。

令和

参考資料⑥

つどいサービス健康チェック票

無理せず、楽しく参加しましょう



| | | | |
|------------------------------|------|-----|---|
| ひろば名 | | | |
| 名前 | | | |
| 体温 | | | |
| 血圧 | ① 最高 | 最低 | ※安静時最高血圧が 180mmHg以上、又は最 低血圧が100mmHg以上 の場合は、運動を控えま しょう |
| | ② 最高 | 最低 | |
| 体調 (当てはまるものに○) | 良い | ふつう | 悪い どこが? |
| 体調のこと でスタッフに伝えて おきたいこと | | | |

私は、上記をふまえ自身の判断でつどいのひろばに参加します。（名前 _____ (自署)）

| | |
|---------|--|
| スタッフ確認欄 | |
|---------|--|

令和 年 月

つどいサービス健康チェック票

無理せず、楽しく参加しましょう



| | | | |
|------------------------------|------|-----|---|
| ひろば名 | | | |
| 名前 | | | |
| 体温 | | | |
| 血圧 | ① 最高 | 最低 | ※安静時最高血圧が 180mmHg以上、又は最 低血圧が100mmHg以上 の場合は、運動を控えま しょう |
| | ② 最高 | 最低 | |
| 体調 (当てはまるものに○) | 良い | ふつう | 悪い どこが? |
| 体調のこと でスタッフに伝えて おきたいこと | | | |

私は、上記をふまえ自身の判断でつどいのひろばに参加します。（名前 _____ (自署)）

通所型つどいサービス業務日誌

| | | | | | | |
|---|-----------------|--------------------|---|--|--|--|
| 年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇) | | サービス 提供時間帯 | 10:00 ～ 12:00 | | |
| サービス 従事者 | 資格者 | 東大阪五郎、地域夕子、介護保、予防操 | | | | |
| | 無資格者 | ボランティアAさん | | | | |
| 出席者数 | 7 人 | 利用者 の氏名 | 大阪太郎、包括一郎、八尾花江 | | | |
| 欠席者数 | 1 人 | 利用者 の氏名 | 東 花美 | | | |
| 一般 利用者数 | 東大阪夢子、大東三郎、八尾七子 | | | | | |
| サービスの内容 | | | | | | |
| プログラム | | 具体的な内容 | | 主な担当者 | | |
| 9:30～10:00 | | 利用者の通所 | | 東大阪 五郎 介護 保 | | |
| 10:00～10:10 | | 利用者の出席確認 | | 地域 夕子 | | |
| 10:10～10:30 | | 健康チェックと今日の体操の効果の説明 | | 予防 操 | | |
| 10:30～11:00 | | 楽らくトライ体操、血圧測定 | | 予防 操 | | |
| 11:00～11:15 | | 水分補給 | | ボランティアCさん | | |
| 11:15～12:00 | | 折り紙 | | 介護 保 | | |
| 12:30 | | 次回レクリエーションの案内 修了 | | 地域 夕子 | | |
| 特記事項 | | | | | | |
| 気になったこと | | | 気になったことへの対応 | | | |
| ①健康チェック時に大阪太郎さんの血圧が高かった ②東 花美さんが無断欠席をされた | | | ①本日の運動はやめてもらいパズルとペン習字を行った。 ②10:10に自宅へ電話、風邪であったことがわかった。内科の受診もされたとのこと。次回から欠席のときは連絡をしてもらうよう伝える。 | | | |
| 記入者 | 地域 夕子 | | | 確認印  | | |

訪問型助け合いサービス 記載例（補助金交付）

- ・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 P.39
- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書 P.40
- ・収支予算書 P.41
- ・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 P.42
- ・口座振替依頼書 P.43

参考記載例⑨

様式第3（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所）東大阪市○○町1丁目○番○号

（団体・グループ等の名称）おたがいさま

（提供するサービス名称）訪問型助け合いサービス

（代表者名）東大阪 五郎

令和8年度 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

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10条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 （第 1 期分） 金 49,125 円

2 添付書類

- (1) 実績報告書（様式第4）
- (2) サービス実施計画票
- (3) 収支内訳書
- (4) 補助金対象経費の領収書（原本）
- (5) その他（ ）

※ (1) から (4) は、活動拠点ごとに添付ください。

参考記載例⑩

様式第4（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（活動拠点又は会場の住所）**東大阪市○○町2丁目■番○号**

（団体・グループ等の名称）**おたがいさま**

（活動拠点のグループ等名称）**おたがいさま**

（拠点代表者名）**東大阪 五郎**

令和8年度東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書

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10条第1項の規定に基づき、令和7年第1期分（4月から6月分）の事業の実績を下記のとおり報告します。

記

（共通事項）

| 氏名 | 4月の利用回数 | 5月の利用回数 | 6月の利用回数 | 補助金対象回数の合計 |
|---------------|---------|---------|---------|------------|
| 大阪 太郎 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| 山田 花子 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| 石原 祐二 | 7 | 8 | 7 | 22 |
| 東 介子 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| 美空つばめ | 8 | 7 | 8 | 23 |
| 地域 一郎 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| 介護 大輔 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 第1期の補助対象実績の合計 | | | | 165 |

※必要に応じて行を挿入して記載ください

収支内訳書記載例

参考記載例⑪

令和8年度 東大阪市訪問型助け合いサービス収支内訳書

第1期(4月～6月分)

団体・グループの名称

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 | @25円×165回（実人数7人） | 4,125 |
| 利用料 | ケアプランに基づく利用者の補助対象外の利用料 | @50円×10回 | 500 |
| 利用料 | 一般利用料等 | ごみ出し@50円×8回×3ヶ月×10人 @50円×2回×3ヶ月×10人 庭掃除@300円×1回×3ヶ月×2人 (実人数20人) | 16,800 |
| その他の収入 | | | |
| 事業補助金収入 | 市補助金 | @4,000円×3ヶ月+@225円×165回 (合計 49,125円) | 49,125 |
| 小計 | | | 70,550 |
| 自己資金 | 支出費用補填 (事業経費小計-収入小計) | | 408 |
| 合計 | | | 70,958 |

支出

| 科目 | 内容 | 積算内訳 | 事業経費 | 内事業対象経費分 |
|--------|-----------------------------------|---|--------|----------|
| 光熱水費 | 事務所（地域タ子さん宅）光熱水費 | 電気@10,000円×3ヶ月 ×1/7（事業率） | 4,286 | 4,286 |
| 消耗品費 | ごみ袋、消毒用スプレー、マスク はさみ、のり、コピー用紙 等 | ごみ袋、消毒用スプレー、マスク はさみ、のり、コピー用紙 等 | 4,500 | 4,500 |
| 印刷費 | ちらし | | 5,000 | 0 |
| 通信費 | 携帯料金（会での購入分） | 携帯代金 1,800円+2,300円+1,900円 | 6,000 | 6,000 |
| 通信費 | FAX通信、メール送受信 (地域タ子さん宅) | FAX通信 @800円×3ヶ月×1/7（事業率）=343円 インターネット回線料 @1,000円×3ヶ月×1/7（事業率）=429円 | 772 | 772 |
| 保険料 | ボランティアグループ保険料 (訪問型分) | @4,800円×3ヶ月 | 14,400 | 14,400 |
| 人件費 | サービス調整を行う者の人件費 | 地域さん@1,500円×8回×3ヶ月×1人 上限：1か月 4,000円+1,000円×7人 | 36,000 | 33,000 |
| 小計 | | | 70,958 | 62,958 |
| 次年度繰越金 | (収入小計-事業経費小計) | | 0 | 0 |
| 合計 | | | 70,958 | 62,958 |

参考記載例⑫

様式第6（第13条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所）**東大阪市○○町1丁目○番○号**

（団体・グループ等の名称）**おたかいさま**

（提供するサービス名称）**訪問型助け合いサービス**

（代表者名）**東大阪 五郎**

令和8年度 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

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13条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

記

1 補助金交付請求額 （第 1 期分） 金 **49,125** 円

2 添付書類

- （1）口座振替依頼書
- （2）その他（ ）

参考記載例⑬

令和 年 月 日

口 座 振 替 依 頼 書

東大阪市から受ける支払金を下記金融機関の口座へ振替してくださるよう依頼します。なお、振替と同時に領収したものと承知いたします。

記

| | | |
|--------|-----------------|--------------|
| 振替先 | 金融機関名 ラグビー銀行 | 支店名 トライ支店 |
| 預金種別 | 1 普通預金 | 2 当座預金 |
| 口座番号 | 77777777 | |
| (フリガナ) | ヒガシオオサカ ゴロウ | |
| 名義 | 東大阪 五郎 | |

(あて先) 東大阪市会計管理者

住所 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号
依頼者

氏名 東大阪 五郎

電話 06-●〇〇〇-〇〇●●

※ 注意

- 名義は依頼者本人名義に限ります。
- 記載事項に変更が生じたときは、必ず新たに依頼書を提出してください。

通所型つどいサービス 記載例(補助金交付)

- ・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 P.45
- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書 P.46、47
- ・収支予算書 P.48
- ・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 P.49
- ・口座振替依頼書（訪問型助け合いサービス参照）P.43

参考記載例⑨

様式第3（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所）東大阪市○○町1丁目○番○号

（団体・グループ等の名称）おたがいさま

（提供するサービス名称）通所型つどいサービス

（代表者名）東大阪 五郎

令和8年度 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

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10条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額（第1期分） 金 134,700 円

2 添付書類

- (1) 実績報告書（様式第4）
- (2) サービス実施計画票
- (3) 収支内訳書
- (4) 補助金対象経費の領収書（原本）
- (5) その他（ ）

※ (1) から (4) は、活動拠点ごとに添付ください。

参考記載例⑩

様式第4（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（活動拠点の住所）東大阪市○○町1丁目○番○号

（団体・グループ等の名称）おたがいさま

（活動拠点のグループ等名称）おたがいさま

（拠点代表者名）東大阪 五郎

令和8年度東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書

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10条第1項の規定に基づき、令和7年度第1期分（4月から6月分）の事業の実績を下記のとおり報告します。

記

（共通事項）

| 氏名 | 4月の利用回数 | 5月の利用回数 | 6月の利用回数 | 補助金対象回数の合計 |
|---------------|---------|---------|---------|------------|
| 大阪 太郎 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| 包括 一郎 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| 八尾 花江 | 8 | 8 | 8 | 24 |
| 東 花美 | 3 | 4 | 4 | 11 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 第1期の補助対象実績の合計 | | | | 83 |

※必要に応じて行を挿入して記載ください

(通所型つどいサービスの実施状況)

| 回数 | 実施日 | 時間 |
|-----------------|-----------|-------------|
| 第1回 | 令和7年4月1日 | 10:00~12:00 |
| 第2回 | 令和7年4月4日 | 10:00~12:00 |
| 第3回 | 令和7年4月8日 | 10:00~12:00 |
| 第4回 | 令和7年4月11日 | 10:00~12:00 |
| 第5回 | 令和7年4月15日 | 10:00~12:00 |
| 第6回 | 令和7年4月18日 | 10:00~12:00 |
| 第7回 | 令和7年4月22日 | 10:00~12:00 |
| 第8回 | 令和7年4月25日 | 10:00~12:00 |
| 第9回 | 令和7年4月29日 | 10:00~12:00 |
| 第10回 | 令和7年5月2日 | 10:00~12:00 |
| 第11回 | 令和7年5月6日 | 10:00~12:00 |
| 第12回 | 令和7年5月9日 | 10:00~12:00 |
| 第13回 | 令和7年5月13日 | 10:00~12:00 |
| 第14回 | 令和7年5月16日 | 10:00~12:00 |
| 第15回 | 令和7年5月20日 | 10:00~12:00 |
| 第16回 | 令和7年5月23日 | 10:00~12:00 |
| 第17回 | 令和7年5月27日 | 10:00~12:00 |
| 第18回 | 令和7年5月30日 | 10:00~12:00 |
| 第19回 | 令和7年6月3日 | 10:00~12:00 |
| 第20回 | 令和7年6月6日 | 10:00~12:00 |
| 第21回 | 令和7年6月10日 | 10:00~12:00 |
| 第22回 | 令和7年6月13日 | 10:00~12:00 |
| 第23回 | 令和7年6月17日 | 10:00~12:00 |
| 第24回 | 令和7年6月20日 | 10:00~12:00 |
| 第25回 | 令和7年6月24日 | 10:00~12:00 |
| 第26回 | 令和7年6月27日 | 10:00~12:00 |
| 第1期の補助対象実績の合計回数 | | 26回 |

※必要に応じて行を挿入して記載ください

収支内訳書記載例

参考記載例⑪

令和8年度 東大阪市通所型つどいサービス収支内訳書

第1期(4月～6月分)

団体・グループの名称

おたがいさま

収入

| 科目 | 内容 | 積算内訳 | 収入金額 |
|-------------|-------------------------------------|--|---------|
| 利用料 | 要支援者・事業対象者の利用料 | @100円×83回 | 8,300 |
| 利用料 | 一般の方の利用料 | @300円×83回 | 24,900 |
| | コーヒー代 | @50円×166回 | 8,300 |
| 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×20回 お花代@300円×13回 プリント代@20円×20回 プリント代@20円×10回 | 4,900 |
| その他の収入 | | | |
| 事業補助金収入 | 市補助金 | @20,000円×3ヶ月+900円×83回 (合計 134,700円) | 134,700 |
| 自己資金 | | | 4,900 |
| 合計 | | | 186,000 |

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 | @2,500円×26回 | 65,000 | 65,000 |
| 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 | 2,000 | 2,000 |
| 材料費 | 生花、折り紙、計算プリント | | 4,000 | 0 |
| 食糧費 | お茶・茶菓子 | | 8,300 | 0 |
| 通信費 | 携帯料金（会での購入分） | 携帯代金 @2,000×3ヶ月×1/2（助け合いサービスと兼用） | 3,000 | 3,000 |
| 通信費 | FAX通信、メール送受信 (地域タ子さん宅) | FAX通信 @4,000円×3ヶ月×1/4（事業率）×1/2（助け合いサービスと兼用） インターネット回線料 @4,000円×3ヶ月×1/4（事業率）×1/2（助け合いサービスと兼用） | 3,000 | 3,000 |
| 保険料 | ボランティアグループ保険料 (通所型分) | @4,800円×3ヶ月×1/2 | 7,200 | 7,200 |
| 講師謝礼 | お花教室講師謝礼 | @1,000円×2回×1人 | 2,000 | 2,000 |
| 人件費 | サービス調整を行う者の人件費 | @1,000円×26回開催×1人 +500円×延べ83人 | 67,500 | 67,500 |
| 謝金 | ボランティアさんへの謝金 | @1,000円×8回×3ヶ月×1人 | 24,000 | 0 |
| 合計 | | | 186,000 | 149,700 |

参考記載例⑫

様式第6（第13条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所）**東大阪市○○町1丁目○番○号**

（団体・グループ等の名称）**おたかいさま**

（提供するサービス名称）**通所型つどいサービス**

（代表者名）**東大阪 五郎**

令和8年度 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

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13条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

記

1 補助金交付請求額 （第1期分） 金 **134,700** 円

2 添付書類

- (1) 口座振替依頼書
- (2) その他 ()

訪問型助け合い・通所型つどいサービス共通 記載例(研修運営等加算補助金)

- ・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 P.51
- ・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）P.52
- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書（研修運営等加算用）P.53
- ・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 P.54

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

ヒガシオオサカ
東大阪 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

※年度途中に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) | <ul style="list-style-type: none"> • 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 |

参考記載例⑯

様式第9（第10条第3項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所）東大阪市○○町1丁目○番○号

（団体・グループ等の名称）おたがいさま

（提供するサービス名称）通所型つどいサービス

（代表者名）ヒガシオオサカ 東大阪 五郎

令和8年度

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）

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10条第3項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

※このグループは令和8年4月1日から事業を実施（事業に参画）しているため、研修運営等加算補助金の上限額は4月～3月までの
@1,000円×12ヶ月=12,000円となります。

1 研修運営等加算補助金交付申請額

金 12,000円

2 添付書類

- (1) 実績報告書（様式第10）
- (2) 補助金対象経費の領収書（原本）
- (3) その他（ ）

※（1）から（3）は、活動拠点ごとに添付ください。

参考記載例⑯

様式第10（第10条第4項関係）

年　月　日

（宛先）東大阪市長

（活動拠点の住所）東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

（団体・グループ等の名称）おたがいさま

（活動拠点のグループ等名称）おたがいさま

（拠点代表者名）ヒガシオオサカ　東大阪　五郎
ゴロウ

令和8年度

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書（研修運営等加算用）

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第10条第4項の規定に基づき、令和8年10月10日に提出した研修実施計画書の研修実績を下記のとおり報告します。

記

計画書に予定した研修を実施した。 計画書に予定した研修を実施しなかった。

研修実施日／出席者等

研修実施日時：令和9年2月8日（月）10：00～12：00

出席者：東大阪五郎、東大阪次郎、地域夕子、介護保、予防操

講師：浪速 通子

成果／感想

基本知識を学ぶだけではなく、実技で消毒用の希釈液を作り、嘔吐物があることを想定した処理をすることで、イメージが湧きやすく実践できそうとの声があがりました。

研修会に要した費用の内訳

- ・講師謝礼 8,000円
- ・会場費 2,500円
- ・備品 ビニール手袋 463円、マスク 398円、ペーパータオル 581円、
合羽 432円、靴カバー540円、バケツ 864円、塩素系漂白剤 213円
- ・テキストコピー代 10枚×5人分×10円=500円

合計14,491円

参考記載例⑯

様式第6（第13条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所）**東大阪市○○町1丁目○番○号**

（団体・グループ等の名称）**おたかいさま**

（提供するサービス名称）**通所型つどいサービス**

（代表者名）**東大阪 五郎**

令和8年度 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

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13条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

記

1 補助金交付請求額 (研修運営等加算分) 金 **12,000** 円

2 添付書類

- (1) 口座振替依頼書
- (2) その他 ()