住民主体型生活支援訪問サービス

**（令和７年度）２０２５年度**

**『住民主体型生活支援訪問サービス』選定申請にかかる関係様式**

様式第１号　　　　住民主体型生活支援訪問サービス実施団体選定申請書

様式第２号　　　　事業計画書

様式第２号別表１　サービス提供計画

様式第２号別表２　従事者名簿

様式第３号　　　　収支予算書

様式第４号　　　　団体の概要書

様式第５号　　　　誓約書

**様式第１号**

令和　　年　　月　　日

広　島　市　長　　様

（活動団体の事務所所在地又は代表者宅住所）

〒

（活動団体名）

（代表者[役職、氏名]）

（活動団体又は代表者の連絡先）TEL（　　　）　　　—

＊日中、電話連絡が取れる連絡先をご記入ください。

**住民主体型生活支援訪問サービス実施団体選定申請書**

住民主体型生活支援訪問サービス実施団体として活動したいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。また、本書及び下記の書類において、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

記

１　事業計画書（様式第２号、別表１及び別表２）

２　収支予算書（様式第３号）

３　団体の概要書（様式第４号）

４　誓約書（様式第５号）

５　その他市長が必要と認める書類

**様式第２号**

**事　業　計　画　書（1/3）**

|  |  |
| --- | --- |
| １　事 業 名 | 住民主体型生活支援訪問サービス |
| ２　事業内容 |  |
| ⑴　実施期間（補助対象期間）　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 | |
| ⑵　活動区域  貴団体の活動区域の基本となる小学校区を１か所下線部に記載してください。  ※応募の手引１４ページ参照  　　　　　　　　　　　　　小学校区（　　　　　　　　地区）  　　　また、活動の基本となる小学校区でどのような範囲で活動を行うか、□欄にひとつだけチェック（■又は☑）し、下線部に必要事項を記入してください。  　□　基本となる小学校区域内の、（　　　　　　　　　　　）町内会域から活動を始める。  □　基本となる小学校区の全域で活動する。  □　基本となる小学校区の全域で活動し、依頼があれば、隣接する小学校区までの範囲  なら、活動できる。  【備考欄】 | |
| ⑶　提供するサービス内容　※　詳細は様式第２号別表１「サービス提供計画」のとおり | |
| ⑷　活動者数　※　詳細は様式第２号別表２「従事者名簿」のとおり | |
| ⑸　活動拠点となる事務所所在地について該当する□欄にチェック（■又は☑）し、所在地を下線部に記入してください。  　□　個人宅以外　　□　個人宅  　　　　区　　　　町　　丁目○－○（○○集会所内）　℡（　　）　　－  ※　個人宅を事務所とする場合は、①～⑤を確認のうえ、□欄のいずれかにチェックしてください。①～⑤の全てを満たすことができない場合は、個人宅を事務所として活動することはできません（応募の手引１ページ参照）。  　　①　広島市のホームページに　〇〇区〇〇町×丁目（代表者宅）と掲載されることを承諾します（番、号、番地は掲載しません）。　□承諾します　　　□承諾できません  　　②　個人宅を事務所としていることを活動区域に広報し、サービス提供計画に事務所開設日として掲載した日の時間帯は、看板を掲げるなど事務所に訪問しやすい体制をとります。　□訪問しやすい体制をとります　　□訪問しやすい体制をとることができません  　　③　住民主体型生活支援訪問サービスに係る利用者の個人情報は、専用の鍵のかかる保管庫で管理します。　□管理します　□管理できません  ④　個人宅を利用することに係る使用料・賃借料や個人宅の光熱水費、電話代等を運営費  の補助対象経費とはできないことを承諾のうえ、個人宅を事務所として活動します。  □承諾します　　　□承諾できません  ⑤　事務所開設日に相談がない場合、「相談窓口の開設」に係るボランティアコーディネー  ター謝礼金の対象とならないことを承諾のうえ、個人宅を事務所として活動します。  □承諾します　　　□承諾できません | |

**事　業　計　画　書（2/3）**

|  |
| --- |
| ３　応募動機・活動目的など  ⑴　本サービスの提供に取り組もうとした動機を具体的に記載してください。 |
| ⑵　活動地域に本サービスを根付かせ充実させるために、貴団体がどのような取組を行うのか、具体的に記載してください。 |

**事　業　計　画　書（3/3）**

|  |
| --- |
| ⑶　本事業の実施に当たっては、利用者の介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターとの関わりを密にする必要がありますが、どのように連携していきたいと思っているかを具体的に記載してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | （当該申請書の内容について問い合わせることがあるため、対応できる方について記入してください。） |
| 1. 役職、氏名 2. 連絡先　　　住所　〒　　　-　　　　　　　区   TEL　　　　　　　　　　　　携帯電話  FAX　　　　　　　　　　 　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |
| 送付先  （代表者） | 当該申請書の結果等に係る通知文の送付先は、住民主体型生活支援訪問サービス実施団体選定申請書（様式第１号）（又は、補助金交付申請書（様式第８号））に記載した活動団体の事務所所在地又は、代表者宅住所とする。 |
| □　実施団体申請書（様式第１号）（又は、補助金交付申請書（様式第８号））に記載した宛先  □　代表者宅住所  　　　住所　〒　　　-　　　　　　　区  　　　氏名  自宅電話（　　　）　　　　‐　　　　　　　携帯電話（　　　）　　　　‐ | |

※　必要に応じて記載欄を拡大縮小していただいても、内容が分かるものを別紙として添付していただいても結構です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **様式第２号別表１** | | | | | | | | | | | |  | | | |  |  |  |
|  | **令和　年度　サービス提供計画　（令和　年　月　日　～　令和　年　月　日）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |
| **事務所開設日** （開設する曜日に〇を付けてください。） | | | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |  |  | | **実施団体名** | | | | | |
| **事務所開設時間** （毎週開設しない場合は、第×曜日など補記してください。） | | | | 時　　　分　から　　時　　分　まで | | | | | | |  |  | | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| **サービス内容** | | | | | | | | | | | | | **実施の有無 （〇又は× を記載）** | | **１回当たりの**  **提供時間 （●分まで）** | | | **１回当たりの提供時間に係る**  **提供料金（円）** | |
| **１ 号サービス** | | ①掃除（居室内やトイレ・卓上等の清掃、ゴミ出し） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ②洗濯  （洗濯機又は手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥・取り入れ・収納、アイロンがけ） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ③ベッドメイク（利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ④衣類の整理・被服の補修 （夏・冬物等の入れ替え等、ボタン付け、破れの補修等） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑤一般的な調理、配下膳（配膳、後片付けのみ、一般的な調理） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑥買い物・薬の受け取り （日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）、薬の受け取り） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| **２ 号サービス** | | ⑦草むしり、花木の水やり、植木の剪定等の園芸 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑧犬の散歩等ペットの世話 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑨家具・電気器具等の組み立て・移動・修繕・模様替え | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑩大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑪室内外家屋の修理、ペンキ塗り | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑫正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑬書類・郵便物等の確認、手続きの助言 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑭新聞、書類等の代読、パソコン操作 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑮散歩・買い物等外出時の付き添い | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| ⑯無償により自家用車を使用して行う送迎 | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| **３ 号サービス** | | （⑰　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |
| **活動にかかる 実費徴収金等** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**様式第２号別表２**

**実施団体名**

　　　 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**従　事　者　名　簿**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 担当（一人が複数の役割を担当することも可能です。） | | 備考（本サービスの実施に当たり有効な資格や経験があれば記入してください。） | |
| １ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　 ） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ２ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　 　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ３ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　 　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ４ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ５ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ６ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ７ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ８ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| ９ |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 10 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 11 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 12 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 13 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 14 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 15 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 16 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 17 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 18 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 19 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 20 |  | □ＶＣＯ　□ボラ　□会計  □その他（　　　　　　　　　　） | | （　　　　　　　　　　　　）の資格有  （　　　　　　　　　　　　）の経験有 | |
| 担当区分別延べ人数  ＶＣＯ（　　　）名　ボラ（　　　）名　　会計（　　　）名 | | |  | |

※　登録人数に合わせて適宜行を追加してください。

**【従事者名簿の記載にあたっての留意事項】**

１　本事業に携わる全ての従事者を記載してください。

２　担当の欄は、該当する役割に、全てチェックを入れてください。

　　ＶＣＯ…ボランティアコーディネーター、ボラ…サービス提供者、会計…会計担当者

　　その他具体的な役割があれば、その他の(　)内に記入してください。

３　従事者には、下記の資格・経験等は必須ではありませんが、もし資格等を有している場合は、備考欄に記入してください。

（例１）　ボランティアコーディネーター・サービス提供者の場合

ア　資格

①　社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員

②　ホームヘルパー資格・看護師資格　等

・介護福祉士

　　　　・介護職員実務者研修修了

　　　　・介護職員初任者研修修了

（訪問介護員養成研修１級又は２級課程修了、介護職員基礎研修修了を含む。）

　　　　　・生活援助特化型訪問サービスにおける生活援助員に従事するための生活援助員研修修了者

　　　　・看護師・准看護師

　　イ　経験

①　介護職員等への従事経験

　　　　　資格は有していないが、介護老人福祉施設等での介護職員としての従事経験がある。

　　　②　ボランティアコーディネートの実施経験

　　　　　どのような業務についてボランティアコーディネートの経験があるのか具体的に記載する。

（記載例）高齢者等への買い物支援・移動支援、子どもの遊び相手、託児代行

　（例２）　会計担当者の場合

　　①　会計事務の経験（地域団体での会計担当の経験、勤務先等で経理事務の経験等）

　　②　パソコン等によるエクセル・ワード操作の経験（ＭＯＳ資格を有している場合はそのことについても記載する。）

４　上記の記載を一部省略し、同等の内容が分かるものを別紙として添付していただいても結構です。

　　　（例）社会福祉士等の資格登録証、資格試験合格証書、介護福祉士養成校の卒業証書、

介護職員初任者研修等の修了証明書、生活援助員研修（※）修了証明書、看護

師・准看護師の免許証　など

※　広島市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の基準に関する要綱

第４条第２項に規定する研修の生活援助員研修

**様式第３号**

**収　支　予　算　書**

【補助対象年度：令和　年度（令和　年　月　日～令和　年　月　日）】

（収　入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 （単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 項　目 | | 予算額 | 説　明（内訳・算出根拠等） |
| 補助対象経費に  充当する収入 | 本事業の補助金(Ａ) | |  |  |
|  | 運営費 |  |  |
| ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ  謝礼金 |  |  |
| その他の収入 | |  |  |
| 合　計 ※1 | | |  |  |

（支　出）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 項　目 | | 予算額 | 説明（内訳・算出根拠等） |
| 補 助 対 象 経 費 | １　事業運営費 | |  |  |
|  | 消耗品費 |  |  |
| 通信運搬費 |  |  |
| 保険料 |  |  |
| 使用料・賃借料 |  |  |
| 備品購入費及び修繕費 |  |  |
| 交通費 |  |  |
| 謝礼金 |  |  |
| その他 |  |  |
| ２　ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ謝礼金 | |  |  |
|  | 謝礼金 |  |  |
| 合　計（Ｂ） ※2 | | |  |  |

　　（当該年度の補助割合）

|  |  |
| --- | --- |
| 補助割合（A/B×100） | ％（補助割合は小数点以下第２位を四捨五入） |

　　（注）※1＝※2（収入の合計額が支出の合計額と同額）となること。

**【収支予算書の記載にあたっての留意事項】**

１　収入・支出の共通部分

※　項目は、代表的なものを記載しています。必要に応じて適宜削除・追加してください。

　※　説明欄が足りない場合は、必要に応じて拡大等を行ってください。

　　※　説明（内訳・算出根拠等）欄については、内容が分かるものを別紙として添付していただいても結構です。

２　支出部分

※　補助対象経費の項目で支出予定がない項目の予算額は０を記入してください。

住民主体型生活支援訪問サービス

**様式第４号**

**団　体　の　概　要　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請活動団体の概要 | （具体的に記入又はあてはまるものに○をしてください。） |
| （１）団体名 | |
| （２）設立時期　　　［　昭和・平成・令和　］　　　年　　　月 | |
| （３）代表者  　　役職：　　　　　　　　　　氏名：  　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先： | |
| （４）活動範囲  （例①：○区○町○丁目（○○町内会））  （例②：○区○○小学校区） | |
| （５）現在行っている、又はこれまでに行った取組等  　　※　貴団体の事業報告書、会報誌などを添付していただいても結構です。 | |

※　住民主体型生活支援訪問サービスに類似のサービスや地域高齢者交流サロンなど、団体が行って

きた様々な取組を記入してください。活動範囲もこれに連動させて記入してください。

住民主体型生活支援訪問サービス

**様式第５号**

令和　年　月　日

広　島　市　長　　様

（活動団体の事務所所在地又は代表者宅住所）

〒

（活動団体名）

（代表者[役職・氏名]）

（代表者の連絡先）TEL（　　　　）　　　－

　 ＊日中、電話連絡が取れる連絡先をご記入ください。

**誓　約　書**

１　当団体は、次のいずれかに該当する者はいません。

⑴　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２項に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）又は同項第６号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）

⑵　広島県暴力団排除条例（平成２２年広島県条例第３７号）第１９条第３項の規定による公表が現に行われている者

⑶　暴力団及び暴力団員と密接な関係を有する者

２　当団体は、市税を滞納していません。

　　（※　市税が課税されていない団体も、「滞納していない」に含みます。）

３　当団体は、団体の会則及び広島市住民主体型生活支援訪問サービスに係る活動規約を定めたうえで、活動します。なお、活動規約には次の事項をすべて規定します。

⑴　住民主体型生活支援訪問サービスの活動目的・事業内容

⑵　従事者（ボランティアコーディネーター及びサービス提供者）の具体的な衛生管理対策（インフルエンザ等の感染症予防及びまん延防止に関する対策を含む）と従事者への周知方法

⑶　利用者及びその家族の個人情報を保護するための具体的な方法と従事者への周知方法

　⑷　サービス提供時に事故が発生した場合の具体的な対応策、関係機関への連絡体制及び対応経過の記録方法と従事者への周知方法

４　当団体は、次の事項をすべて満たしたうえで活動します。

　⑴　団体及び全ての従事者が傷害保険及び賠償責任保険に加入します。

　⑵　従事者が使用する衛生用品（マスク等）を備え付けます。

　⑶　本事業専用の出納簿で事業実施に係る経費を管理します。