

令和3年度 通所型サービス 応募・申請の手引き

佐倉市介護予防・日常生活支援総合事業

令和3年6月

目 次

1	背景.....	1
2	補助の趣旨.....	1
3	根拠法令.....	1
4	補助の対象となる活動.....	2
5	サービスの流れ.....	2
6	補助の対象となる者.....	3
7	補助の要件.....	3
8	補助対象経費.....	4
9	補助対象外経費.....	5
10	補助対象期間.....	6
11	補助金額.....	6
12	補助の申請方法.....	6
13	申請時に提出する書類.....	6
14	申請書等作成上の注意点.....	7
15	補助金交付の決定及び交付.....	7
16	審査項目.....	7
17	事業の変更など.....	8
18	実施報告及び実績報告.....	8
19	補助金交付額確定 精算及び返還.....	11
20	書類作成にあたっての注意事項.....	11
21	補助の申請・交付の流れ.....	12
	様式集.....	13
	様式記入例.....	28

1 背景

団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年に向け、高齢者人口の増加、あわせて少子化、世帯の小規模化が進行し、支援の必要な高齢者は増え担い手の割合が少なくなります。これにより、介護保険給付費の増加と介護人材の不足が懸念されています。

この課題への対策の一つとして、平成27年の介護保険法改正により介護予防・日常生活支援総合事業が導入されました。

これにより、サービス利用の流れの簡略化や従来の事業者によるサービスに加え、地域の多様な担い手による多様なサービスを行うことが可能となりました。

この総合事業では、地域住民の皆さまにも担い手として参画いただき、地域で高齢者を支える体制づくりと地域の実状に合ったサービスの提供、介護人材の確保、介護保険事業の効率的な運用をねらいとしています。

佐倉市では、この総合事業を平成29年4月1日から開始しています。

2 補助の趣旨

佐倉市では、平成28年度から市民の皆さんが主体的・継続的に、介護予防活動に取り組むことができるよう、集会所等の地域の身近な場所で、介護予防活動を実施する団体に対して、活動費の助成や専門職員による相談、講師派遣等の支援を行っております。

この支援によって介護予防に取り組む市民団体は増加しておりますが、一方で、地域の通いの場に通うことはできないが、事業者による「通所介護相当サービス」を受けるまでもない高齢者が増加傾向にあります。

このような高齢者の通いの場づくりと、高齢者自身が担い手となり活躍する場を確保し、社会参加を促進するため、法人が主体となり住民と協働で行う「通所型サービス」の取組みを支援します。

3 根拠法令

- (1) 介護保険法
- (2) 地域支援事業実施要綱
- (3) 佐倉市補助金等の交付に関する規則
- (4) 佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金交付要綱

4 補助の対象となる活動

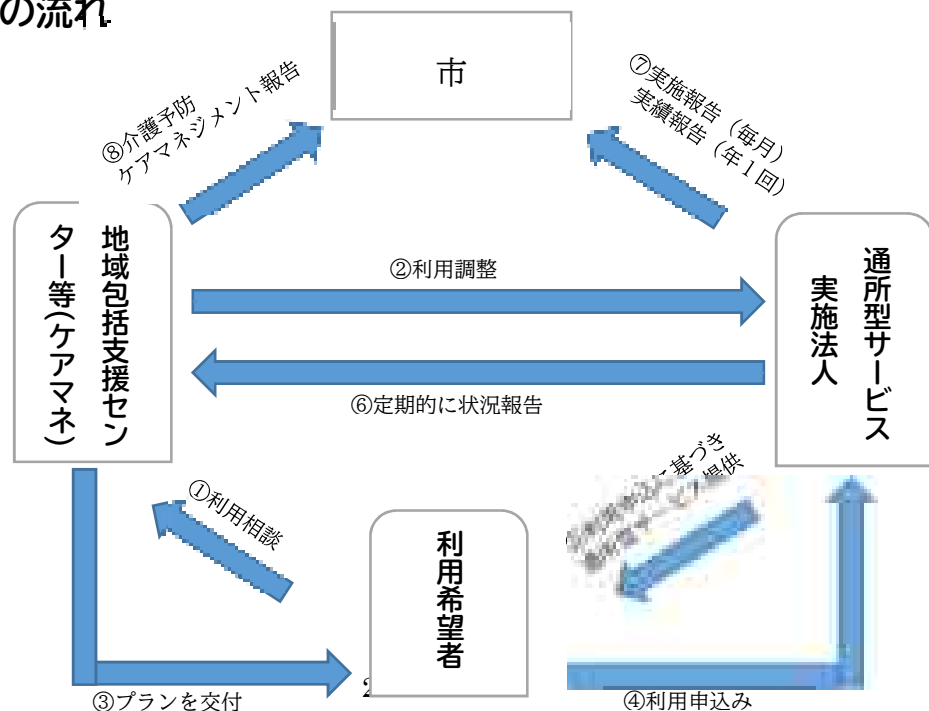
社会福祉法人が、「要支援者等（※1）」を中心とした利用者（以下「利用者」）に対し、「高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する活動（※2）」を週1回90分以上行うサービス（以下「通所型サービス」）の実施に係る費用の一部を補助します。

（※1）「要支援者等」とは、要支援1・2の認定を受けた者及び基本チェックリストに該当した者（事業対象者）または、居宅要介護被保険者のうち、要介護認定を受ける以前から第一号通所事業によるサービスを利用する者であって、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者（以下「地域包括支援センター等」）によるケアマネジメントにより、サービスが必要であると認められた者をいう。

（※2）「高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する活動」とは、次のア～オを参考に法人の保健・医療・介護等の専門職で検討すること。

- ア 運動機能の向上に資する活動（転倒骨折予防のためのストレッチ運動、バランス運動、筋力向上運動等）
- イ 口腔機能の向上に資する活動（口腔機能の低下を予防改善するための口腔体操、唾液腺マッサージ等）
- ウ 認知機能の低下予防に資する活動（認知機能の低下予防につながる活動、生活習慣に関する学習等）
- エ 栄養改善に資する活動（低栄養状態の予防及び改善についての知識、調理技術の習得等）
- オ 閉じこもり予防に資する活動（人との交流及び社会参加の促進のための役割づくり等）

5 サービスの流れ



6 補助の対象となる者

- (1) 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第22条に規定する社会福祉法人（以下「法人」）であること。
- (2) 法人の主たる事務所が、担当地区内にあること。
- (3) 営利活動、政治活動、宗教活動又は法令若しくは公序良俗に反する活動を行う者でないこと。
- (4) 支援に係わる者の清潔の保持及び健康状態の管理のために必要な対策（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。）を講じていること。
- (5) 支援に係わる者及び支援に係わった者が本事業に従事する上で知り得た利用者及びその家族の情報について漏えいを防止するための対策を講じていること。
- (6) 事故発生時の対応策及び関係機関への連絡体制を構築していること。
- (7) 廃止・休止の際の便宜の提供を図ること。

※（4）～（7）の項目に関しては申請時に誓約書〈参考様式3〉を提出していただきます。

7 補助の要件

- (1) 要支援者等の通所型サービス1回平均利用者数が、5人以上であること。

※令和3年度より下記の通り取扱いが変わります。

○これまで・・・事業の対象者だった方が要介護1～5の認定を受けた場合→対象外。

○令和3年度より・・・これまで事業の対象者だった方が要介護1～5の認定を受けた後も継続利用する場合→対象

- (2) 補助を受けた法人は、通所型サービスと他の事業を同一時間帯に同一のスペースで実施しないこと。
- (3) 通所型サービスは、担当地区内に会場を設け、実施すること。
- (4) 通所型サービスの内容は、補助を受ける社会福祉法人の保健、医療、福祉等の多様な専門職が関わり、計画を立案すること。
- (5) (4)により立案した計画の内容について、3月に一度評価すること。
- (6) 運営に支障のない限り、利用希望のある者を受け入れること。
- (7) 利用料については、実費相当を含め法人で設定すること。
*設定にあたっては、通所介護相当サービスの利用者負担を考慮すること。
- (8) 利用者に対して、通所型サービスの内容、利用料等を説明するとともに、実施会場に内容、利用料等を表示し、利用者が安心して利用できるよう配慮すること。

- (9) 利用者から通所型サービスの利用意向を確認できる書面をとること。
- (10) 通所型サービスは、法人職員と地域住民等のボランティア（以下「ボランティア」）が協働して行うこと。
- (11) 通所型サービスを提供する際には、利用者の安全確保及び緊急時の対応を行うため、法人職員を1人以上、ボランティアを利用者5人に対し1人以上確保すること。

(例)

利用者	法人職員	ボランティア	利用者	法人職員	ボランティア
1～5人	1人以上	1人以上	11～15人	1人以上	3人以上
6～10人		2人以上	16～20人		4人以上

- (12) 通所型サービスの開始前に参加者の健康状態を必ず確認すること。
- (13) 地域包括支援センター等と連携すること。
※地域包括支援センター等との連携は、連絡を取り合い相談できる体制のことを指します。
- (14) 要支援者等に対しては、会場と自宅間の送迎を行うこと。
- (15) 通所型サービスの運営にあたっては、住民主体の通いの場との連携に努め、利用者に対し住民主体の通いの場への移行支援を行うこと。
- (16) 通所型サービスについて、パンフレット等により広報すること。
- (17) 通所型サービスは、他の事業とは独立した会計で実施すること。
- (18) 利用者への損害等に備え、保険等に加入すること。
- (19) 食事等を提供する場合は、衛生管理に留意すること。
- (20) 当該補助金に係る書類は、当該年度終了後5年間は保存すること。
- (21) 「18 実績報告」を提出する時点において、補助事業者等の決算認定その他の確定手続きが完了していない場合は、その完了後、速やかにその内容を証する書類を市長に提出すること。

8 補助対象経費

補助金の交付の対象となる経費は、通所型サービス実施に係る当該年度中の経費で、かつ、以下に規定する経費とします。ただし、通所型サービスの実施に係る経費であっても、他の事業や個人経費と明確に区別できないものについては補助の対象となりません。また、実績報告時、補助対象経費について支払の事実が確認できる証拠書類が必要となります。証拠書類の詳細は「18 (2) 支払証拠書類について」をご確認ください。

項目	内容
人件費	通所型サービスの利用調整等を行う人件費
消耗品費	通所型サービスの実施に必要な消耗品費
燃料費	要支援者等の送迎に係る車両の燃料費（1キロメートル当たり13円とする。）
印刷製本費	チラシ、ポスター等の印刷製本費
通信費	通所型サービスに必要な郵便料、電話代・インターネット回線の使用料等（通所型サービスのみを使用したことがわかる場合に限る。）
交通費	通所型サービスの実施に係る交通費 ※ボランティアに支給する交通費も含まれます。ただし、片道100円以下に限る。
報償費	介護予防に関する知識及び経験を有する外部講師への謝礼 （当該講師への支払について1回当たり5,000円を限度とする。）
保険料	通所型サービスの実施に係る保険料
使用料・ 賃借料	会場使用料、機材、機器等の賃借料等
家賃・ 光熱水費	通所型サービスの実施に必要な事務所の家賃及び光熱水費（補助事業のみを使用したことがわかる場合に限る。）

9 補助対象外経費

- (1) ボランティアへの謝礼
- (2) 施設整備の費用
- (3) 直接要支援者等に対する支援等と関係ない従業員の募集・雇用に要する費用、広告・宣伝に要する費用等
- (4) 他の制度による助成金、補助金等を受けている経費

10 補助対象期間

令和3年4月1日（木） ～ 令和4年3月31日（木）

11 補助金額

(1) 算出方法

「8 補助対象経費」の合計額 × 1/2 以内

(2) 上限額 補助事業等の実施回数×10,000円

※ 天候・天災等、やむを得ない事情により、急遽中止にした場合は実施回数に含めるものとします。

※ 補助額に1,000円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てた額

12 補助の申請方法

申請法人は、「13 申請時に提出する書類」の(1)に掲載している必要書類を下記受付窓口まで持参により提出してください。

※持参時は要予約

受付窓口：〒285-8501

佐倉市海隣寺町97番地

佐倉市福祉部 高齢者福祉課 地域支援班

受付期間：令和3年6月23日（水）～8月31日（火）

13 申請時に提出する書類

(1) 申請時提出書類

- ① 補助金交付申請書（様式第1号）
- ② 事業計画書（参考様式1）（参考様式1別紙）
- ③ 補助金用途計画書（参考様式2）、通所型サービスの収支予算書
- ④ 誓約書（参考様式3）
- ⑤ 法人の定款
- ⑥ 周知用パンフレット等
- ⑦ 要支援者等の送迎に使用する車両の自動車検査証の写し
- ⑧ 保険加入の確認がとれる書類
- ⑨ 通所型サービスを行う場所（会場）がわかる位置図

⑩ 対象経費の単価等がわかる資料

(例) サービスの利用調整等を行う人件費を対象経費に含める場合は、その単価等
がわかる規定等

(例) 家賃を対象経費に含む場合は、賃貸借契約書等

⑪ その他市長が認めるもの

※参考様式が示されている書類については、記載項目を満たしていれば任意様式でも
可とします。また、時点日は全て補助金交付申請書提出時点になります。

1 4 申請書等作成上の注意点

(1) 費用負担

申請書作成に要する費用は、全て法人の負担とします。

(2) 市からの照会

提出のあった申請等の内容について、審査の過程で必要な場合は、
市から照会を行うことがありますのでご了承ください。

(3) 申請書等の取扱

①提出された申請書等は、一切返却しません。

②提出された申請書等は、審査の過程において複製することがあります。

③提出された申請書等は、佐倉市情報公開条例の規定に基づき、開示請
求者に開示することが考えられます。

1 5 補助金交付の決定及び交付

(1) 申請書類の審査

申請書類について、「1 6 審査項目」により審査します。

(2) 補助金の交付決定

審査結果を踏まえ、補助金の交付が決定した法人には補助金等交付決
定通知書を送付します。

(3) 補助金の請求

補助金交付請求書(様式第3号(その1))を提出してください。必要
書類を受理後、概ね1か月以内に指定口座に振り込みます。

*補助金は全額、口座振込となります。

1 6 審査項目

(1) 適否基準「6 補助の対象となる者」の各項目を全て満たしているか。

* 1つでも「否」のものがあれば選定されません。

(2) 評価基準

評価項目	評価内容
①補助を申請する事業の概要等	事業の趣旨に沿った目的・内容、効果・目標値の設定を評価するもの。
②地域包括支援センターとの連携	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等との連携について評価するもの。
③住民主体の通いの場への移行支援	住民主体の通いの場への移行支援方法について評価するもの。
④サービスの内容	支援する内容等を評価するもの。
⑤ボランティアの人数	ボランティア数を評価するもの。
⑥実施方法	事業の受付体制、実施場所等を評価するもの。
⑦その他	事故発生時の対応、秘密の保持、清潔保持と健康状態の管理の方法を評価するもの。

17 事業の変更など

補助金交付決定通知書を受け取った後、申請した内容に変更が生じる場合は、速やかに高齢者福祉課地域支援班にご相談ください。内容によっては、補助事業変更申請書(様式第4号)を提出していただく場合もあります。

* 補助金用途計画に変更が生じる場合も必ず、ご相談ください。

18 実施報告及び実績報告

補助金の交付を受けた法人は、(1) 実施報告及び実績報告提出書類を下記受付窓口まで郵送又は持参により提出してください。

* 持参の場合は、要予約

受付窓口

〒285-8501

佐倉市海隣寺町97番地

佐倉市福祉部 高齢者福祉課 地域支援班

提出期限

【実施報告】 毎月15日(15日が開庁日でない場合は、前営業日)

【実績報告】 事業完了後

(1) 実施報告及び実績報告提出書類

実施報告	<ul style="list-style-type: none">・ 補助金実施状況報告書（様式第5号）・ 通所型サービス利用状況（参考様式4） ※地域包括支援センター等の介護予防ケアマネジメントに基づき利用している者は、被保険者番号及び要支援者等の資格区分を記載すること。・ 通所型サービス提供状況（参考様式5）
実績報告	<ul style="list-style-type: none">・ 補助金実績報告書（様式第6号）・ 補助金用途報告書（参考様式7）・ 支払の事実が確認できる支払証拠書類（写し）・ その他市長が認めるもの <ul style="list-style-type: none">・ 事業報告書（参考様式6）・ 通所型サービスの収支決算書

*実施状況については、上記以外にも必要時には報告いただく場合があります。

*参考様式が示されている書類については、記載項目を満たしている様式であれば任意様式でも可能とします。

(2) 支払証拠書類について

実績報告の際には、補助対象経費とした「支払証拠書類」の写しの提出が必要となります。なお、領収書類の原本は、必ず5年間保存してください。

●領収書の注意事項

- ・ あて名は、正式な法人名であること。（「上様」「個人名」等は不可）
- ・ 受領印が押印してあるか、日付が記載されているかを確認してください。
- ・ 品目類が記載されていること（「お品代」等は不可）
- ・ 収入印紙が必要なものについては、貼付されているかを確認してください。

領 収 書 (例)

令和□□年□□月□□日

法人名 △△△ 様

金 *****円

但し、○○○○ 経費として

△△△株式会社

印紙

印

*用途や内容等を、但し書や余白に詳しく記載してください。

*燃料費・通信費を対象経費にする場合は、通所型サービスのために使用した分を証明する書類（通話明細、運行記録等）が必要です。

●レシートの場合の注意事項

領 収 書

□□ホームセンター
法人名 △△△ 様

令和□□年□□月□□日
○○○○用

両面テープ	¥110×5	¥550円
カラー印刷用紙	¥550×3	¥1,650円
小計		¥2,200円
合計		¥2,200円
お預り		¥2,200円
お釣り		¥0円

※用途や内容を、余白に記載して下さい。

※レシートとは別に、領収書の発行が受けられる場合には、領収書もあわせて提出してください。

●インターネット等による通信販売の場合の注意事項

- ・個人名ではなく、必ず法人名で注文してください。
- ・領収書を発行してもらうように、事前に購入先にご確認ください。

●支払証拠書類（写し）作成の際の注意事項

- ・コピーが薄く文字や印影が判明できないといったことのないように、コピー

は鮮明にしてください。

- ・書類が重なって記載内容が見えないといったことのないように、書類を重ねてコピーしないようにしてください。
- ・支払証拠書類の写しには、原本証明（法人名・所在地・代表者の職名及び氏名代表者印）または、原本証明書を1部添付してください。

（原本証明の例）

原本と相違ないことを証明します
令和〇年〇〇月〇〇日
〇〇市〇〇丁目〇〇番〇〇号
団体名 〇〇〇〇
代表者名 〇〇 〇〇
印

●支払証拠書類（写し）の提出方法について

- ・支払証拠書類（写し）は、補助対象経費の項目ごとに分けて紙に貼付し提出してください。項目名と項目ごとの合計金額を左上に記載してください。
- ・支払証拠書類（写し）の補助対象経費に印（マーカー）を付けるなど明確にしてください。補助対象経費以外の品を同時に購入されている場合には、補助対象経費のみに印（マーカー）を付けてください。

19 補助金交付額確定 精算及び返還

実績報告書に基づき、交付額を確定します。すでに交付した額が確定額を超えている場合は、市が指定する書類により市が指定する期限までに返還していただきます。

20 書類作成にあたっての注意事項

- （1）印鑑はすべて同じ印鑑を使用し、鮮明に押印してください。
- （2）修正液や修正テープは使用しないでください。訂正をする場合は、訂正する箇所に二重線を引いて、二重線の上から代表者印を押印し、改めて余白に書き直してください。
- （3）修正液・テープで訂正してしまった場合は、その上から二重線を引いて押印し、改めて余白に書き直してください。
- （4）申請書、請求書の金額欄と口座振替依頼書の名義人欄は訂正できませんので、書き損じてしまった場合は、新しい用紙に書き直してください。
- （5）鉛筆、シャープペン、消えるボールペンは使用できません。

2.1 補助の申請・交付の流れ

	時期	内容	対象
申請	6月23日～ 8月31日	申請書の配布	市→法人
		申請書等の提出	法人→市
審査・決定	申請書等の 提出後	申請書類の審査、交付決定	市
		補助金交付決定通知書の送付	市→法人
請求	交付決定後	補助金交付請求書の提出	法人→市
交付	請求書の提出後、 30日以内	補助金の交付（概算払い） 指定の口座に振り込み	市→法人
事業の実施	令和3年 4月1日～ 令和4年 3月31日	補助対象活動の実施 事業計画・用途計画に変更がある場合は、変更申請（補助事業変更申請書 様式第4号）を提出し、計画の変更決定を受けること	法人等
実施・実績報告	事業実施月毎	実施状況報告書等の提出 （サービス実施月の翌月15日迄）	法人→市
	補助事業完了後	実績報告書等の提出 （令和4年3月31日迄）	
確定	審査後早急に	補助金確定通知	市→法人

【お問い合わせ先】

佐倉市 福祉部 高齢者福祉課 地域支援班

電話 043-484-6343 ・ FAX 043-486-2503

E-mail こうれいしゃふくし@していさくらえるじいじえびい
koureishafukushi@city.sakura.lg.jp

様式集

別記

様式第1号(第6条関係)

補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

住所(所在地)

申請者

氏名(団体名及び代表者名)

印

佐倉市介護予防・生活支援サービス事業(第一号通所事業)補助金の交付を受けたいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第3条第1項の規定により、次のとおり申請します。

補助年度		年度
補助を申請する事業の概要等	名称	
	目的・内容	
	目標とする活動値	
	目標とする成果	
経費所要総額		円
交付申請額		円
着手及び完了予定 年 月 日	着手年月日	年 月 日
	完了予定年月日	年 月 日
添付書類	1 事業計画書 2 収支予算書 3 その他()	

法人について	法人名	
	代表者	(職・氏名)
	連絡先 (当該補助金の担当者を記入してください。)	(担当者職・氏名) (電話) (E-mail)
	法人設立年月	年 月
通所型サービスについて	通所型サービスの名称	
	対象地域	
	年間実施回数 (見込み)	回 / 年
	ボランティアの人数 (見込み)	人 / 回
	事業内容	
	実施場所	
	事業の受付方法	
	料金	
	地域包括支援センターとの連携について	
	住民主体の通いの場への移行支援について	
	その他	

令和 年度 事業計画書

参考様式1別紙

月	日	時間	内容
月			<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他（ ）
月			<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他（ ）
月			<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他（ ）
月			<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他（ ）
月			<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他（ ）

*必要な枚数、複写して使用ください。

令和 年度 補助金用途計画書

(収入) (単位 円)

項目	金額	内訳
市補助金		
計		

(支出) (単位 円)

項目	金額	内訳
人件費		
備品・消耗品費		
印刷製本費		
通信費		
交通費		
報償費		
保険料		
使用料・賃借料		
家賃・光熱水費		
合計		

* (支出) には、当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

誓約書

法人主体の通所型サービスを実施するに当たり、次の事項を遵守します。

- 1 従事者の清潔の保持・健康状態の管理・衛生管理を徹底します。
- 2 従事者又は従事者であった者がサービス提供時に知り得た、サービス利用者の秘密保持を厳守します。
- 3 事故発生時については、対応のマニュアルを作成し、安全の確保に努めます。
- 4 事業を廃止し、又は休止するときは、速やかに報告します。その際、サービスの利用継続を希望する者に対しサービス利用継続のための便宜を提供します。

年 月 日

法人の名称： _____

代表者名： _____ 印

補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名） 印

年 月 日付け 第 号で決定があった佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金について、佐倉市補助金等の交付に関する規則第16条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 円

振込先金融機関 及び支店名	
口座番号	普・当 No.
フリガナ	
振込口座名義	

様式第3号（その2）（第10条関係）

（額の確定に基づく追加請求用）

補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名） 印

年 月 日付け 第 号で額の確定の通知があった佐倉市
介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金について、佐倉市
補助金等の交付に関する規則第16条第1項の規定により、次のとおり請求し
ます。

請求金額 円

振込先金融機関 及び支店名	
口座番号	普・当 No.
フリガナ	
振込口座名義	

様式第4号（第11条関係）

補助事業変更申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名） 印

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた補助事業等を変更したいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

補助年度	年度	
補助金等の名称	佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金	
補助事業等の名称		
内容	変更前	
	変更後	
経費 所要総額	変更前	円
	変更後	円
交付申請額	変更前	円
	変更後	円
着手及び 完了予定 年月日	変更前	着手年月日 年 月 日 完了予定年月日 年 月 日
	変更後	着手年月日 年 月 日 完了予定年月日 年 月 日
添付書類	1 事業計画書（変更後） 2 収支予算書（変更後） 3 その他（ ）	

様式第5号（第12条関係）

補助金実施状況報告書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名） 印

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた補助事業等の実施状況を佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金交付要綱第12条の規定により、下記のとおり報告します。

記

利用者及びサービス提供状況は、別添利用状況のとおり

通所型サービス利用状況

令和 年 月分

氏名 被保険者番号	住所 (大字迄)	介護度	ケアプランの有無	送迎の有無	通所回数	備考

〈記入上の注意事項〉

※ ケアマネのケアプランに基づき利用する場合は、介護度及び被保険者番号の記入が必要です。

※ 利用状況は、様式例に示されている内容を含んでいれば、任意様式で構いません。

通所型サービス提供状況

令和 年 月分

月	日	時 間	サービス内容	全利用者数	ケアプランに基づく利用者
月			----- 【講師】		
月			----- 【講師】		
月			----- 【講師】		
月			----- 【講師】		
月			----- 【講師】		

※事業開始後 3 月に 1 回評価し、市へ報告してください。

様式第6号（第13条関係）

補助金実績報告書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名） 印

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた補助事業等を完了したので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第13条の規定により、次のとおり報告します。

補 助 年 度	年度	
補 助 金 等 の 名 称	佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金	
補 助 事 業 等 の 概 要	名 称	
	活 動 値	
	成 果	
経 費 所 要 総 額		円
通 知 を 受 け た 交 付 決 定 額		円
既 に 交 付 を 受 け た 額		円
着 手 及 び 完 了 年 月 日	着手年月日	年 月 日
	完了年月日	年 月 日
添 付 書 類	1 事業報告書 2 収支決算書 3 その他（ ）	

令和 年度 事業報告書

年間実施回数 (実績)	回 / 年
ボランティア延人数	人 / 年
ボランティア実人数	人 / 年
地域包括支援センター との連携について	
住民主体の通いの場 への移行支援について	
利用者延人数	人 / 年 (内ケアプランに基づく利用者延人数 人/年)
利用者実人数	人 / 年 (内ケアプランに基づく利用者実人数 人/年)

令和 年度 補助金用途報告書

(収入) (単位 円)

項目	金額	内訳
市補助金		
計		

(支出) (単位 円)

項目	金額	内訳
人件費		
備品・消耗品費		
印刷製本費		
通信費		
交通費		
報償費		
保険料		
使用料・賃借料		
家賃・光熱水費		
合計		

* (支出) には、当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

* 支払証拠書類(写し)を添付してください。

様式記入例

別記

様式第1号(第6条関係)

補助金交付申請書

△△年 △月 △日

(宛先) 佐倉市長

住所(所在地)

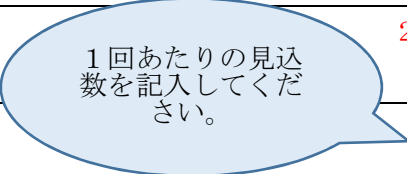
申請者 佐倉市△△町△丁目△-△

氏名(団体名及び代表者名)

△△△ 理事長 佐倉 太郎 印

佐倉市介護予防・生活支援サービス事業(第一号通所事業)補助金の交付を受けたいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第3条第1項の規定により、次のとおり申請します。

補助年度	令和3年度	名称の規定はありません。
補助を申請する事業の概要等	名称	通所型サービス
	目的・内容	家に閉じこもりがちな高齢者等に対し、人との交流や運動等の機会を提供し、地域福祉の向上を図る。
	目標とする活動値	目標：利用者実人数 ○人/月
	目標とする成果	・高齢者の通いの場づくり ・高齢者等の生活機能の維持又は向上 ・高齢者自身が支援の担い手として活動することでの介護予防の促進
経費所要総額	△△△△△△円	
交付申請額	200,000円	
着手及び完了予定年 月 日	着手年月日	△△年△△月△△日
	完了予定年月日	△△年△△月△△日
添付書類	1 事業計画書 2 収支予算書 3 その他()	

法人について	法人名	●●法人
	代表者	(職・氏名) 理事長 佐倉 太郎
	連絡先 (当該補助金の担当者を記入してください。)	(担当者職・氏名) ●長 佐倉 花子 (電話) 043-555-8888 (E-mail)
	法人設立年月	昭和64年 1月
通所型サービスについて	通所型サービスの名称	通所型サービス
	対象地域	根郷・和田・弥富地区 OR 佐倉地区 OR 白井・千代田地区 OR 志津北部地区 OR 志津南部地区
	年間実施回数 (見込み)	20回 / 年 
	ボランティアの人数 (見込み)	5人 / 回
	事業内容	別紙参照と記載いただき、 参考様式1別紙 に事業計画を記載してください。
	実施場所	○○○○○○
	事業の受付方法	法人の事務所内の事務職員が対応します。
	料金	おやつ代として100円 ○○の材料費として100円
	地域包括支援センターとの連携について	活動地域内を担当する「佐倉市△△△地域包括支援センター」と情報の共有を図り、利用者の異変等に気づいた場合は、速やかに相談するよう努めます。
	住民主体の通いの場への移行支援について	佐倉市の「地域の支え合い助け合いリスト」に掲載されている住民主体の通いの場などを積極的に紹介し、住民主体の通いの場へ移行して行くよう、努めます。
その他	アピールしたいことを記入してください。	

令和3年度 事業計画書

参考様式1別紙

申請時、少なくとも3ヶ月分はご提出ください。

日	時間	内容
9月 5日	10:30 ～ 12:00	<input checked="" type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他 () 事業の説明後、あんなこと、こんなことをします。
9月 12日	10:30 ～ 12:00	<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他 () 法人の○●職を講師に、こんなことをします。
9月 19日	10:30 ～ 12:00	<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他 () 法人の栄養士を講師に、こんなことをします。
9月 26日	10:30 ～ 12:00	<input type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他 () 歯科衛生士を講師に招き、こんなことをします。
10月 3日	10:30 ～ 12:00	<input checked="" type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他 () こんなことをします。
10月 10日	10:30 ～ 12:00	<input checked="" type="checkbox"/> 運動機能の向上 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下予防 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他 () あんなことをします。

*必要な枚数、複写して使用ください。

令和3年度 補助金用途計画書

(収入) (単位 円)

項目	金額	内訳
市補助金	200,000	佐倉市介護予防・生活支援サービス事業補助金 (第一号通所事業)
計	200,000	

(支出) (単位 円)

項目	金額	内訳
人件費	200,000	サービスコーディネーターにかかる経費
消耗品費	20,000	ファイル・コピー用紙
燃料費	20,000	利用者の送迎にかかる燃料費
印刷製本費	80,000	チラシ、ポスター作成代
通信費	0	
交通費	0	
報償費	60,000	講師謝礼
保険料	20,000	利用者の保険
使用料・賃借料	0	
家賃・光熱水費	0	
合計	400,000	

* (支出) には、当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

誓約書

法人主体の通所型サービスを実施するに当たり、次の事項を遵守します。

- 1 従事者の清潔の保持・健康状態の管理・衛生管理を徹底します。
- 2 従事者又は従事者であった者がサービス提供時に知り得た、サービス利用者の秘密保持を厳守します。
- 3 事故発生時については、対応のマニュアルを作成し、安全の確保に努めます。
- 4 事業を廃止し、又は休止するときは、速やかに報告します。その際、サービスの利用継続を希望する者に対しサービス利用継続のための便宜を提供します。

〇〇年 〇月 〇日

法人の名称： 〇〇法人

代表者名： 理事長 佐倉 太郎 印

補助金交付請求書

△△年 △月 △日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

佐倉市△△町△丁目△一△

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

△△△理事長 佐倉 太郎 印

△△年△△月△△日付け佐高第△△号で決定があった佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金について、佐倉市補助金等の交付に関する規則第16条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 200,000円

振込先金融機関 及び支店名	△△銀行 △△支店
口座番号	市・当 No. △△△△△△△
フリガナ	△△△△△△△
振込口座名義	△△△△△△△

実績報告で額が確定し、追加交付がある場合に使用します。

様式第3号（その2）（第10条関係）

（額の確定に基づく追加請求用）

補助金交付請求書

△△年 △月 △日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

佐倉市△△町△丁目△一△

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

△△△理事長 佐倉 太郎 印

△△年△△月△△日付け佐高第△△号で額の確定の通知があった佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金について、佐倉市補助金等の交付に関する規則第16条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 円

振込先金融機関 及び支店名	△△銀行 △△支店
口座番号	市・当 No. △△△△△△△△
フリガナ	△△△△△△△△
振込口座名義	△△△△△△△△

事業内容に変更が生じる場合は、市にご連絡ください。

様式第4号（第11条関係）

補助事業変更申請書

△△年 △月 △日

(宛先) 佐倉市長

住所(所在地)

佐倉市△△町△丁目△一△

申請者

氏名(団体名及び代表者名)

△△△理事長 佐倉 太郎 印

△△年△△月△△日付け佐高第△△号で交付の決定を受けた補助事業等を変更したいので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第8条第1項の規定により次のとおり申請します。

補助年度	令和3年度	
補助金等の名称	佐倉市介護予防・生活支援サービス事業(第一号通所事業)補助金	
補助事業等の名称	△△△△△	
内 容	変更前	△△△△△
	変更後	△△△△△
経 費 所要総額	変更前	円
	変更後	円
交付申請額	変更前	円
	変更後	円
着手及び 完了予定 年 月 日	変更前	着手年月日 △△ 年△△ 月△△ 日
		完了予定年月日 △△ 年△△ 月△△ 日
	変更後	着手年月日 △△ 年△△ 月△△ 日
		完了予定年月日 △△ 年△△ 月△△ 日
付 書 類	1 事業計画書(変更後) 2 収支予算書(変更後) 3 その他	

様式第5号（第12条関係）

補助金実施状況報告書

△△年 △月 △日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

佐倉市△△町△丁目△一△

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

△△△理事長 佐倉 太郎 印

△△年△△月△△日付け佐高第△△号で交付の決定を受けた補助事業等の実施状況を佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金交付要綱第12条の規定により、下記のとおり報告します。

記

- ・利用者及びサービス提供状況は、別添利用状況のとおり

通所型サービス利用状況

令和 年 月 分

氏名 被保険者番号	住所 (大字迄)	介護度	ケア プランの 有無	送迎 の有無	利用 回数	備 考
志津 史郎 ----- 123456789	海隣寺町	要支援1	有	有	4回	
志津 桜子 -----	海隣寺町	要支援2	無	無	4回	
白井 史郎 -----	海隣寺町	なし	無	無	4回	
白井 桜子 -----	海隣寺町	要支援2	有	有	4回	
千代田 史郎 ----- 000000000	海隣寺町	事業対象者	有	有	4回	
千代田 桜子 -----	海隣寺町	なし	無	無	2回	
佐倉 史郎 ----- 333333333	海隣寺町	事業対象者	有	有	3回	
佐倉 桜子 -----	海隣寺町	なし	無	無	4回	
菖蒲 太郎 ----- 999999999	海隣寺町	事業対象者	有	有	4回	
佐倉 桜子 -----	海隣寺町	なし	無	無	4回	

〈記入上の注意事項〉

※ ケアマネのケアプランに基づき利用する場合は、介護度及び被保険者番号の記入が必要です。

※ 利用状況は、様式例に示されている内容を含んでいれば、任意様式で構いません。

通所型サービス提供状況

令和 年 月分

月	日	時 間	サービス内容	全利用者数	ケアプランに基づく利用者
9月	5日	10:30 ～ 12:00	【講師】		
9月	12日	10:30 ～ 12:00	【講師】		
9月	19日	10:30 ～ 12:00	【講師】		
9月	26日	10:30 ～ 12:00	【講師】		
10月	3日	10:30 ～ 12:00	【講師】		
10月	10日	10:30 ～ 12:00	【講師】		

※事業開始後3月に1回評価し、市へ報告してください。

別記

様式第6号（第13条関係）

補助金実績報告書

△△年 △月 △日

（宛先）佐倉市長

住所（所在地）

佐倉市△△町△丁目△一△

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

△△△理事長 佐倉 太郎 印

△△年△△月△△日付け佐高第△△号で交付の決定を受けた補助事業等を完了したので、佐倉市補助金等の交付に関する規則第13条の規定により、次のとおり報告します。

補助年度	令和3年度	
補助金等の名称	佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金	
補助事業概要	名称	通所型サービス
	目的・内容	家に閉じこもりがちな高齢者等に対し、人との交流や運動等の機会を提供し、地域福祉の向上を図る。
	目標・成果	・高齢者の通いの場づくり ・高齢者等の生活機能の維持又は向上 ・高齢者自身が支援の担い手として活動することでの介護予防の促進 利用者実人数 ○人／月
経費所要総額	400,000円	
通知を受けた交付決定額	200,000円	
既に交付を受けた額	200,000円	
着手及び完了年月日	着手年月日	△△年△△月△△日
	完了年月日	△△年△△月△△日
添付書類	1 事業報告書 2 収支決算書 3 その他	

令和2年度 事業報告書

年間実施回数 (実績)	20回 / 年
ボランティア延人数	60人 / 年
ボランティア実人数	20人 / 年
地域包括支援センターとの連携について	活動地域内を担当する「佐倉市△△△地域包括支援センター」と情報の共有を図り、利用者の異変等に気づいた場合は、速やかに相談するよう努めた。
住民主体の通いの場への移行支援について	佐倉市の「地域の支え合い助け合いリスト」に掲載されている住民主体の通いの場などを積極的に紹介し、住民主体の通いの場へ移行して行くよう努めた。
利用者延人数	100人 / 年 (内ケアプランに基づく利用者延人数 80人/年)
利用者実人数	40人 / 年 (内ケアプランに基づく利用者延人数 20人/年)

令和3年度 補助金用途報告書

(収入) (単位 円)

項目	金額	内訳
市補助金	200,000	佐倉市介護予防・生活支援サービス事業補助金 (第一号通所事業)
計	200,000	

(支出) (単位 円)

項目	金額	内訳
人件費	200,000	サービスコーディネーターにかかる経費
消耗品費	20,000	ファイル・コピー用紙
燃料費	20,000	利用者の送迎にかかる燃料費
印刷製本費	80,000	チラシ、ポスター作成代
通信費	0	
交通費	0	
報償費	60,000	講師謝礼
保険料	20,000	利用者の保険
使用料・賃借料	0	
家賃・光熱水費	0	
合計	400,000	

* (支出) には、当該補助金を充てる経費のみ記入してください。

* 領収書も一緒にご提出ください。

