



介護予防・日常生活支援総合事業 住民主体サービス事業補助制度の手引き



長寿介護課 地域支援係
平成30年4月

目次

1	介護予防・日常生活支援総合事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・	3
2	住民主体サービスの目的・・・・・・・・・・・・・・・・	3
3	要支援者等とは・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4	補助金事務手続きの流れ・・・・・・・・・・・・・・・・	4
5	補助金についての留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・	5
6	その他・・・・・・・・・・・・・・・・	6
7	参考資料	



1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、市が中心となって、介護予防訪問介護・通所介護相当のサービスの他、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体の参画により、住民主体のサービスを始めとする多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的で柔軟な支援等を可能とすることを目指すものです。

2 住民主体型サービスB 補助の目的

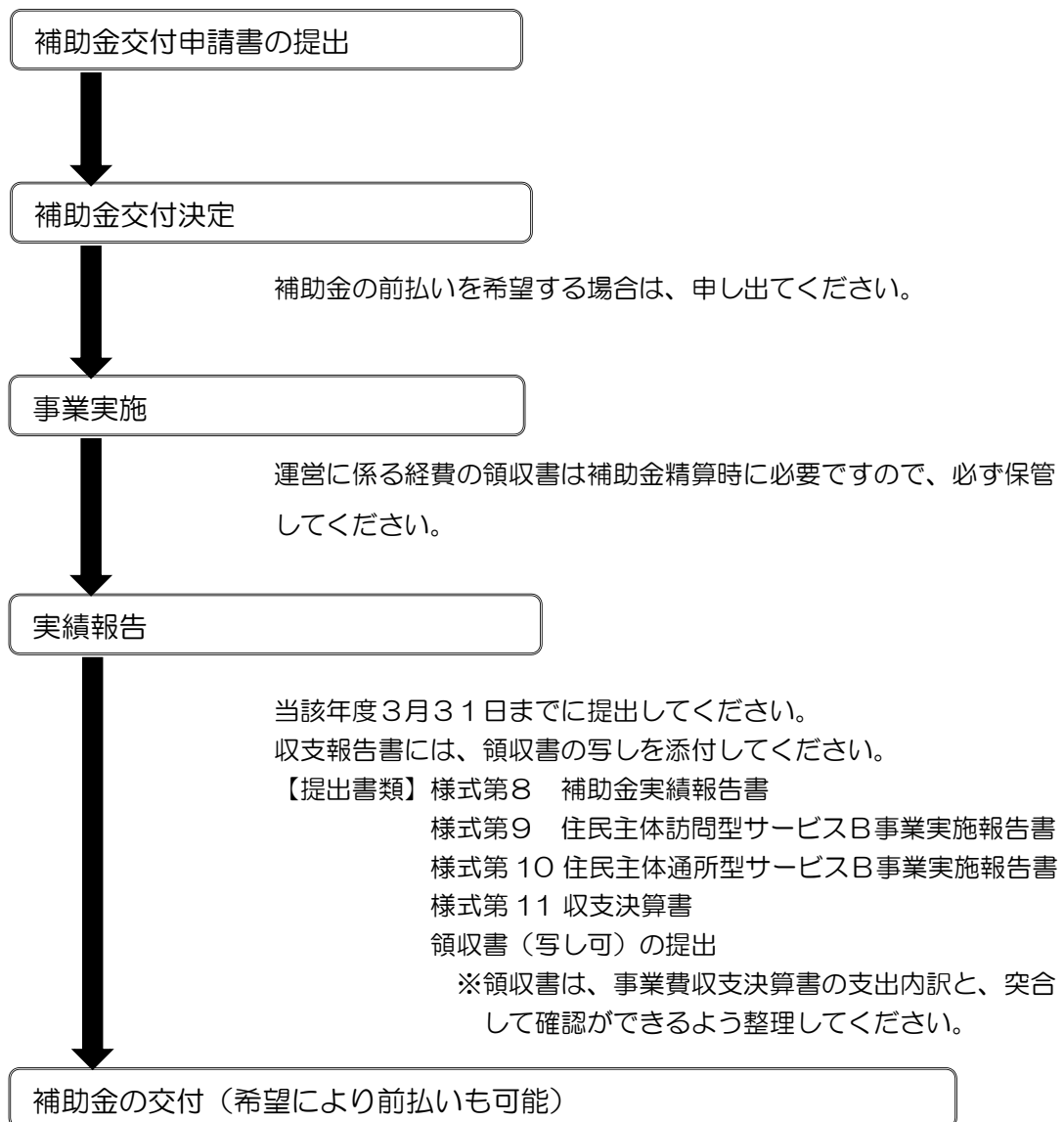
地域住民主体の自主活動として行う要支援者等の見守り支援、生活援助等の「訪問型サービス」や体操、運動、趣味活動、交流、会食等の自主的な通いの場を提供する「通所型サービス」を実施する団体に対して、事業に係る経費を補助し、地域住民主体の支援活動を推進します。

3 要支援者等とは

介護保険の要介護・要支援認定を受けた人のほか、地域包括支援センターで基本チェックリストを実施し、事業対象者と判断された人をいいます。

4 補助金事務手続きの流れ

住民主体サービスの立ちあげ及び運営に係る費用を補助するものです。



請求書に指定された口座へ補助金を振り込みます。

（補助金の前払いをし、差額が生じた場合）

事前に支払った補助金の額よりも確定額のほうが低い場合、差額を返還していただきます。市から返還用の納付書を送付しますので、金融機関で納付してください。

5 補助金についての留意事項

事業を行うに当たっては、補助金交付決定通知書に記載されている条件等を守ってください。条件等に反して支出されたものは、補助金の対象外となりますので、十分留意してください。

- (1) 団体構成員に対する謝金は、原則として補助対象外です。
- (2) 昼食や飲酒に係る費用（会議などの際の弁当も含む。）は、補助対象外となります。
- (3) おみやげ代、イベント時の景品は補助対象外となります。
- (4) 領収書について
 - ア 実績報告時に対象経費であることを証するため、領収書は必ず保管してください。
 - イ 必ず内訳の明示された領収書の発行を受けてください。
 - ウ 宛先欄のある領収書は、正確な団体名が記入された領収書の発行を受けてください。
 - エ 銀行振込をした場合は、振込先の領収書を提出するか、又は振込み控え（利用明細）に、内訳が明記された請求書を添付してください。
 - オ 補助対象以外の領収書は提出する必要はありません。
 - カ 原則、謝金以外では個人宛に支払う領収書は認められません。特に必要がある場合は事前にご相談ください。
- (5) 補助の対象となる経費は、介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービスに直接必要な経費のみで、当該年度の交付決定日から当該年度の3月31日までに支払ったものです。
- (6) 事業に関するすべての領収書などを日付順に整理して、一連の番号を付してまとめてください。なお、領収書などはコピーでも構いません。
- (7) 実績報告書など（活動の様子が分かる写真、補助金対象事業に関する領収書等を整理した文書を含む。）は返却できません。

6 その他

- (1) 補助団体は、要支援者及び事業対象者への参加機会の提供及び利用の促進に努めてください。
- (2) 事業の実施ができなくなったとき、変更をする必要が生じたときなど、当初の計画と異なるようになったときは、速やかに長寿介護課地域支援係までご連絡ください。
- (3) 事業を中止又は不正の手段により補助金の交付決定を取り消された場合は、補助金の全部又は一部を返還していただく場合があります。
- (4) ケガなどを補償する保険に加入し、住民主体のサービス提供中の事故に備えてください。
- (5) 通所型事業実施時は、利用者の出席を確認し、無断で欠席の場合は連絡を取るなど、利用者の見守りに努めてください。
- (6) 適正な利用者負担を徴収し、自主運営を維持できるように努めてください。

参 考 資 料

- 1 知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金交付申請書【様式第1】
- 2 住民主体訪問型サービスB事業計画書【様式第2】
- 3 住民主体通所型サービスB事業計画書【様式第3】
- 4 収支予算書【様式第4】
- 5 住民主体訪問型サービスB事業団体概要書【様式第5】
- 6 住民主体通所型サービスB事業団体概要書【様式第6】
- 7 知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金交付決定通知書【様式第7】
- 8 知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金実績報告書【様式第8】
- 9 住民主体訪問型サービスB事業実施報告書【様式第9】
- 10 住民主体通所型サービスB事業実施報告書【様式第10】
- 11 収支決算書【様式第11】
- 12 請求書【様式第12】
- 13 基本チェックリスト
- 14 事業該当者に該当基準する基準

1～12の様式は、市ホームページからダウンロードできます。

市ホームページのトップページにある

ホーム>健康・福祉>介護保険>住民主体サービスB事業について

から検索してください。

記入例

様式第 1（第 7 条関係）

年 月 日

知立市長 様

申請者 所在地 **知立市〇〇町〇〇**

団体名 **〇〇町〇〇クラブ**

代表者名 **知立 一郎**

知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス

事業費補助金交付申請書

このことについて、知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金交付要綱第 7 条の規定により下記のとおり申請します。

記

- 1 補助金交付申請額 金 **50,000** 円
- 2 補助事業の目的 **住民主体型訪問型サービス**
- 3 補助事業の内容 **利用者宅を訪問し、生活支援の援助を行う**
- 4 補助金の前払 ☐希望する ☒希望しない

（前払希望の理由： ）

5 添付書類

- （1）住民主体訪問型サービス B 事業計画書又は住民主体通所型サービス B 事業計画書（立ち上げ支援補助の場合は不要）
- （2）収支予算書
- （3）住民主体訪問型サービス B 事業団体概要書又は住民主体通所型サービス B 事業団体概要書
- （4）その他

記入例

様式第2（第7条関係）

年 月 日

住民主体訪問型サービスB事業計画書

団体名： **〇〇町〇〇クラブ**

1 提供可能な主なサービス内容・利用料金

**内容：ゴミ出し・庭木の剪定・電球交換・大掃除・家具の移動・粗大ごみの運搬
などの生活支援**

利用料：1回500円（1時間）

2 サービスに係る従事者数

〇〇町〇〇クラブ会員 〇名

3 連絡体制

会長に利用者（家族）又はケアマネージャより連絡、会長から会員へ連絡し会員派遣する

4 緊急事態の対応体制

会長へ連絡し指示を仰ぐ

会長連絡先（0566）85－0000

（090）0000－0000

記入例

様式第 3（第 7 条関係）

年 月 日

住民主体通所型サービス B 事業計画書

団体名：**〇〇町〇〇クラブ**

月	開 催 予定回数	主 な サ ー ビ ス 内 容
4	8	運動教室
5	8	運動教室・ミニ講座(薬について)
6	8	実施予定の内容を記入してください。
7	8	
8	7	
9	8	
10	...	
11		
12		
1		
2		
3		
計		

記入例

様式第4（第7条関係）

収支予算書

団体名：**〇〇町〇〇クラブ**

収入の部

項 目	金 額	摘 要
1 市補助金	50,000 円	
2 その他	10,000 円	町内会助成金
合 計	60,000 円	

支出の部

項 目	金 額	摘 要
1 人件費	36,000 円	コーディネート料120件×300円
2 報償費	円	コーディネート料については訪問型サービスのみ
3 需用費	1,440 円	ゴミ袋・印刷代・光熱水費
4 役務費	1,500 円	保険料@150円×10名
5 委託料	円	
6 使用料及び賃借料	円	
7 工事請負費	円	
8 備品購入費	21,060 円	脚立 6,480×1 枝切ばさみ 9,720×1 工具箱 4,860 円×1
合 計	60,000 円	

記入例

様式第 5 (第 7 条関係)

住民主体訪問型サービス B 事業団体概要書

(ふりがな) 団 体 名	〇〇町〇〇クラブ		
設 立 年 月 日	平成30年 4 月	団 体 構 成 員 数	10 名
活 動 回 数	50回／年	参 加 見 込 人 数	120名／年
活 動 地 域	〇〇町	活 動 拠 点	〇〇町公民館
支援従事者数	10名		
活 動 実 績	① 新規 2 既に実施 (年から実施)		
提供可能な サービス内 容	ゴミ出し・庭木の剪定・電球交換・大掃除・家具の移動・粗大ごみの 運搬などの生活支援		
活 動 内 容	受付時間： 平日午前9時～午後5時 受付方法： 電話・FAX(公民館83-0000) 活動時間 月・水・金 午前9時～午後3時		
備 考			

記入例

様式第 6 (第 7 条関係)

住民主体通所型サービス B 事業団体概要書

団 体 名	〇〇〇〇会		
設 立 年 月 日	平成27 年 5 月	団 体 構 成 員 数	30 名
活 動 回 数	94 回／年	参 加 見 込 人 数	15名／回
活 動 地 域	〇〇町・〇〇町	活 動 拠 点	〇〇町公民館
活 動 実 績	①新規 2 既に実施 (年から実施)		
活 動 内 容 (該当する活動にチェックし、その概要を記載)	☒ 健康づくりに役立つ活動 要介護状態の予防又は要介護状態を悪化させない体操又はスポーツの推進など		
	☒ 認知症予防に役立つ活動 高齢者の認知症を予防するために地域住民とふれあう交流会、趣味活動など		
	☒ 栄養改善に関する活動 高齢者の栄養改善を目的とした料理づくり、料理教室など		
	☒ その他の活動 高齢者の介護予防に役立つ活動など		
	活動概要 介護予防体操・認知症予防コグニサイズ 体操後お茶とお菓子で茶話会 登録者の安否確認		
備 考			

様式第 7（第 8 条関係）

第 号

年 月 日

所在地

団体名

代表者名

知立市長 印

知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス

事業費補助金交付決定通知書

年 月 日付で交付申請のあった 年度知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金につきましては、下記のとおり交付することに決定しましたので、知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金交付要綱第 8 条の規定により通知します。

記

- 1 補助金の額 金 円
- 2 この補助金の対象となる事業
- 3 補助金交付の条件は、次のとおりとする。

様式第 8（第 9 条関係）

年 月 日

知立市長 様

補助事業者 所在地

団体名

代表者名

知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス

事業費補助金実績報告書

年 月 日付第 号で補助金の交付決定を受けた 年度知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業が完了したので、知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金交付要綱第 9 条の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 事業実績及び効果

2 添付書類

（１）住民主体訪問型サービス B 事業実施報告書又は住民主体通所型サービス B 事業実施報告書

（２）収支決算書

記入例

[illegible]

記入例

様式第 10 (第 9 条関係)

住民主体通所型サービス B 事業実施報告書

団体名：**〇〇〇〇会**

月	開催回数	主 な サ ー ビ ス 内 容
4	8	運動教室
5	8	運動教室・ミニ講座(薬について)
6	8	実施した内容を記入してください。
7	8	
8	7	
9	8	
10	...	
11		
12		
1		
2		
3		
計		

記入例

様式第 1 1 (第 9 条関係)

収支決算書

団体名：〇〇〇〇クラブ

収入の部

項 目	金 額	摘 要
1 市補助金	80,000 円	
2 その他	18,000 円	参加費 @ 100円×12ヵ月×15人
合 計	98,000 円	

支出の部

項 目	金 額	摘 要
1 人件費	円	
2 報償費	24,000 円	講師謝礼 @ 2,000×12 回
3 需用費	44,296 円	お茶菓子代合計 32,000 円・ 講座材料費合計 10,000 円・光熱水費
4 役務費	3,000 円	保険料 @ 150 円×20人
5 委託料	円	
6 使用料及び賃借料	1,000 円	会場使用料 1000円
7 工事請負費	円	
8 備品購入費	25,704 円	カセットデッキ 5400 円・バランスボール20個 17280 円・湯沸かしポット 3024 円
合 計	98,000 円	

記入例

様式第 1 2 (第 1 0 条関係)

請 求 書

年 月 日

知立市長 様

所在地 **知立市広見〇〇〇**

団体名 **〇〇町〇〇クラブ**

代表者名 **知立 一郎** ㊟

平成〇〇年度知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金として、次の金額を請求します。

金 **50,000** 円

振込先金融機関	〇〇 銀行 信用金庫 知立 支店 農協									
口 座 番 号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;"> 普通 ・当座 </td> </tr> </table>									普通 ・当座
								普通 ・当座		
フリガナ										
口座名義人	〇〇町〇〇クラブ 代表 知立 一郎									

※ 申請者以外の名義の口座に振込を希望する場合は、次の委任状にご記入ください。

委 任 状

知立市介護予防・日常生活支援総合事業に係る住民主体サービス事業費補助金の振込に関する権限を次の代理人に委任します。

年 月 日

代理人 住所 **知立市広見〇〇〇**

氏名 **〇〇〇〇〇〇**

【参考：基本チェックリスト】

No.	質 問 項 目	回 答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =)	1. はい	0. いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する

【参考：事業対象者に該当する基準】

※

①	様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥	様式第一の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦	様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。