様式第２号（第２０条関係）

事業計画書（　　　　年度）

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種別 | 訪問型サービスＢ　・　通所型サービスＢ |
| 実施主体名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先（電話番号） | TEL（　　　）　－　　　FAX（　　　）　－ |
| 活動拠点となる事務所 | * 個人宅以外 □ 個人宅（氏名　 ）
 |
| サービスの利用調整を行う者※１人以上配置が必要 | 氏名：　　　 |
| 従事者数 | 　　　　　　　人　　　 |
| 市が実施する生活サポーター養成講座の受講 | ☐あり（受講者　　　人）　　☐なし |
| 設立年月日 |  |
| サービス開始予定日 |  |
| 加入（予定）保険会社名 | 保険の種類 |
| サービス提供地域 |  |
| 利用者負担金 | ☐あり（　　　　　　　　円）☐なし |
| 団体の概要（現在実施しているまたはこれまでに実施してきた活動等） |  |
| サービスの内容 |  |
| 活動予定日時 | 曜日・時間等 |

上記の内容について、敦賀市介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型住民主体サービス（Ｂ型）・通所型住民主体サービス（Ｂ型）実施及び補助金交付要綱第３１条の規定に基づき公表するとともに、関係機関に情報提供することを同意します。

敦賀市介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型住民主体サービス（Ｂ型）・通所型住民主体サービス（Ｂ型）実施及び補助金交付要綱に規定する事項について、裏面の項目を確認し、チェックしました。

 (裏)

□ 事故発生時の対応として、傷害保険や賠償責任保険への加入

□ 利用調整を行う者、利用調整を行った者、従事者または従事者であった者の秘密保持

□ 従事者の清潔保持、健康状態の管理

□ 活動を廃止または休止する際の事前の届出及び利用者への配慮