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