

事業計画書（立ち上げ支援）

項目	内 容		
事業開始日	年 月 日 ()		
実施場所			
実施曜日・時間	曜日 時 分から 時 分まで		
実施団体			
定員または参加予定人数	人 (うち要介護者 人、要支援者 人、事業対象者 人)		
補助金の種類	訪問型サービス	<input type="checkbox"/> 生活支援単独型	<input type="checkbox"/> ちょっとお助け型
		<input type="checkbox"/> 送迎支援単独型	<input type="checkbox"/> 訪問支援総合型
	通所型サービス	<input type="checkbox"/> 高齢者等サロン	<input type="checkbox"/> ミニデイサービス
事業内容	<p>() のための物品購入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ 		
<p>次のことを守って活動を行います。（確認後、□にチェックを入れる）</p> <p><input type="checkbox"/> 参加者の個人情報 を無断で第三者へ提供しません。</p> <p><input type="checkbox"/> 参加者の体調急変時や事故発生時は、救急車を呼ぶ等適切に対応します。</p> <p><input type="checkbox"/> 活動廃止・休止時は、市へ報告します。</p>			

初回申請時は、訪問型サービスであれば申請日が事業開始日の14日以上前、通所型サービスであれば申請日が事業開始日の30日以上前となります。
2回目以降の申請時は、当該補助初年度の初回活動日をご記入ください。

記入例

【立ち上げ支援補助の場合】

事業計画書（立ち上げ支援）

内 容	
事業開始日	令和〇年 4月 10日（水）
実施場所	【訪問型サービスの例】市内全域 【通所型サービスの例】〇〇集会所 1階集会室
実施曜日・時間	第1・第3水曜日 13時30分
実施団体	かすがいサロン
定員または参加予定人数	20人 (うち要介護者3人、要支援者3人、事業対象者3人)
補助金の種類	訪問型サービス
	通所型サービス
	<input type="checkbox"/> 生活支援単独型 <input type="checkbox"/> ちよっとお助け型 <input type="checkbox"/> 送迎支援単独型 <input type="checkbox"/> 訪問支援総合型 <input type="checkbox"/> 高齢者等サロン <input type="checkbox"/> ミニデイサービス
事業内容	<p>【訪問型サービスの例】 (掃除) のための物品購入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脚立 ・掃除用具（庭掃除用具、ほうき等） ・軍手、エプロン <p>【通所型サービスの例】 (介護予防体操) のための物品購入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CDラジカセ ・バランスボール <p>(茶話会) のための物品購入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・座卓 ・食器（コーヒーカップ、皿等）

想定される参加人数(何人参加できるか)と認定を受けた方を何人まで受け入れることができるか記入してください。

申請する補助金の種類にチェックを入れてください。

購入予定の物と、その目的、理由を記入してください。

次のことを守って活動を行います。（確認後、□にチェックを入れる）

- 参加者の個人情報無断で第三者へ提供しません。
- 参加者の体調急変時や事故発生時は、救急車を呼ぶ等適切に対応します。
- 活動廃止・休止時は、市へ報告します。

事業計画書（運営補助）

項目	内 容		
運営補助申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目（事業開始日 年 月 日（ ）） <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目以上		
実施場所			
実施曜日・時間	曜日 時 分から 時 分まで		
実施団体			
定員または参加予定人数	人 （うち要介護者 人、要支援者 人、事業対象者 人）		
補助金の種類	訪問型サービス	<input type="checkbox"/> 生活支援単独型	<input type="checkbox"/> ちょっとお助け型
		<input type="checkbox"/> 送迎支援単独型	<input type="checkbox"/> 訪問支援総合型
	通所型サービス	<input type="checkbox"/> 高齢者等サロン	<input type="checkbox"/> ミニデイサービス
事業内容	<p>《訪問型サービス》</p> <input type="checkbox"/> 日常生活の援助（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <p>《通所型サービス》</p> <input type="checkbox"/> 介護予防体操 <input type="checkbox"/> 合唱 <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> 健康麻雀 <input type="checkbox"/> 脳トレーニング <input type="checkbox"/> 各種講座 <input type="checkbox"/> 茶話会 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<p>次のことを守って活動を行います。（確認後、□にチェックを入れる）</p> <input type="checkbox"/> 参加者の個人情報や無断で第三者へ提供しません。 <input type="checkbox"/> 参加者の体調急変時や事故発生時は、救急車を呼ぶ等適切に対応します。 <input type="checkbox"/> 活動廃止・休止時は、市へ報告します。			

該当する回数にチェックを入れてください。

1回目の申請時は、訪問型サービスであれば申請日が事業開始日の14日以上前、通所型サービスであれば申請日が事業開始日の30日以上前となります。

記入例

【運営補助の場合】

事業計画書（運営補助）

内 容	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目（事業開始日 令和〇年 4月 10日（水）） <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目以上
実施場所	【訪問型サービスの例】 市内全域 【通所型サービスの例】 〇〇集会所
実施曜日・時間	第1・第3水曜日 13時30分から
実施団体	かすがいサロン
定員または参加予定人数	20人 (うち要介護者3人、要支援者3人、事業対象者3人)
補助金の種類	訪問型サービス <input type="checkbox"/> 生活支援単独型 <input type="checkbox"/> ちよっとお助け型 <input type="checkbox"/> 送迎支援単独型 <input type="checkbox"/> 訪問支援総合型
	通所型サービス <input type="checkbox"/> 高齢者等サロン <input type="checkbox"/> ミニデイサービス
申請する補助金の種類にチェックを入れてください。	《訪問型サービス》 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活の援助（掃除、ゴミ出し、電球の交換等） <input checked="" type="checkbox"/> その他（希望者へ週1回の見守り訪問を行う）
	《通所型サービス》 <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防体操 <input type="checkbox"/> 合唱 <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> 健康麻雀 <input type="checkbox"/> 脳トレーニング <input type="checkbox"/> 各種講座 <input checked="" type="checkbox"/> 茶話会 <input checked="" type="checkbox"/> その他（囲碁、将棋）
事業内容	
次のことを守って活動を行います。（確認後、□にチェックを入れる）	
<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の個人情報を無断で第三者へ提供しません。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の体調急変時や事故発生時は、救急車を呼ぶ等適切に対応します。 <input checked="" type="checkbox"/> 活動廃止・休止時は、市へ報告します。	

想定される参加人数(何人参加できるか)と認定を受けた方を何人まで受け入れることができるか記入してください。

該当するサービスの活動予定内容にチェックを入れ、補足等があれば記入してください。