

東大阪市

介護予防・生活支援サービス事業

（訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス）（補助金事業）

参考記載例

令和7年6月

東大阪市福祉部高齢介護室

地域包括ケア推進課

このページは空白です

訪問型助け合いサービス 記載例（事前準備）

- 東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書 P.4
- 訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書 P.5～6
- 収支予算書 P.7
- サービス従事者名簿 P.8
- 誓約書 P.9
- 照会同意書 P.10、11
- 会則 P.12、13

（宛先）東大阪市長

代表者住所

東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

フリガナ

団体・

グループ等の名称 おたがいさま

フリガナ

代表者 ヒガシオオサカ ゴロウ 東大阪 五郎

令和7年度 東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第9条第1項に基づき、東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書について関係書類を添えて提出いたします。

記

提供するサービス	☒ 訪問型助け合いサービス ☐ 通所型つどいサービス
添付書類	☒ 訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書 ☐ 通所型つどいサービス事業実施計画概要書 ☒ 収支予算書 ☒ サービス従事者名簿 ☒ 誓約書 ☒ 照会同意書 ☒ ボランティア保険等の証書（事業開始日までにご提出ください。） ☐ 活動場所の平面図 ☒ その他（ 会則（写） ）

承認欄
受 付
番号：002

訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書

グループ等の名称	おたがいさま
代表者	住所(〒570-00●●) 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号
	フリガナ ヒガシオオサカ ゴロウ 氏名 東大阪 五郎
	電話 06-●〇〇〇-〇〇●●
サービスの利用調整 担当者 (窓口)	住所(〒570-00●●) 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号
	フリガナ チイキ ユウコ 氏名 地域 タ子
	電話 06-●□□●-▲△〇〇
	FAX 06-●□□●-〇□●■
	Eメール chiikiyuko@aaaaa.ne.jp
活動の拠点となる住所 (連絡調整や書類の保管等を行う場所)	住所(〒570-00●●) 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号
	電話 06-●□□●-▲△〇〇 090-●□□●-▲△〇〇
	FAX 06-●□□●-〇□●■
活動対象地域	〇〇中学校区域
提供するサービス (玄関先での生活支援)	☒ 声かけ見守り訪問 ☒ ごみ出し ☒ 古紙運搬 ☐ 簡単な修繕 ☐ その他 ()

サービス提供実施日	☒ 原則、毎週（ 火・金 ）曜日 ☐ 原則、毎月（ ）日 ☒ 利用者の必要に応じて相談可能 ☐ その他（ ）		
補助対象外のサービス	■補助金の対象範囲（一月あたりの上限回数）を超えるサービス提供への対応 ☐ 無 ☒ 有 有の場合の料金規定等 ごみ出し 1回 50円 古紙運搬 1回 50円 自治会指定の集積所へは無料		
	■その他独自に取り組むサービス ☐ 無 ☒ 有 有の場合のサービス内容・料金規定等 総合事業の対象者以外へのサービス ごみ出し 1回 50円 古紙運搬 1回 50円 自治会指定の集積所へは無料 高齢者全般へのサービス 庭の掃除 1回300円 犬の散歩 1回300円		
ケアプランに基づく事業対象者、要支援者、要介護者へのサービス提供上限人数	15人	その他一般の利用者の受入上限人数	10人
サービスの開始日	令和 7年 10月 1日 から		
加入している（予定を含む）ボランティア保険等の種類	〇〇〇〇ボランティア保険		
事故発生時の対応について	・グループとして事故発生時マニュアルの作成をし、サービス提供時に携帯します。 ・事後発生時には速やかに連絡体制が取れるよう携帯電話を携帯します。 ・利用者カードに記載のあるかかりつけ医と速やかに連絡がとれるよう、緊急時の連絡先一覧を作成しています。 ・グループのサービス従事者は消防署が行う普通救命講習を受講しています。 ・活動地域周辺のＡＥＤ設置場所をすべてのサービス従事者が把握するようにしています。		
その他特記すべき事項			

収支予算書記載例

申請年度の事業開始月から年度末の3月末までの予算書を作成ください。

令和7年度 東大阪市訪問型助け合いサービス収支予算書

この記載例は、助け合いサービスを
・令和7年10月1日から半年間、毎月週に2日活動する。
・毎回ケアプランに基づく利用者15人、それ以外の一般利用者10人に対しごみ出し支援を行う。
・助け合いサービス以外の庭掃除の支援を月に1回5人に行う。
と見込んだ場合の予算書です。

※補助金の対象となるのは、ケアプランに基づいてサービスを実施したもので、1人に

団体・グループの名称

おたがいさま

収入

科目	内容	積算内訳	収入金額
利用料	ケアプランに基づく利用者	◎25円×8回×6ヶ月×15人	18,000
利用料	ケアプランに基づく利用者で上限(1ヶ月8回まで)を超える場合の利用分	◎50円×1回×6ヶ月×15人	4,500
利用料	一般利用者	ごみ出し◎50円×9回×6ヶ月×10人 庭掃除◎300円×1回×6ヶ月×5人	36,000
その他の収入			
事業補助金収入	市補助金	(A)◎4,000円×6か月+ ◎225円×8回×6ヶ月×15人 (補助上限額 186,000円)	137,914
小計			196,414
自己資金	支出費用補填 (事業経費小計-収入小計)		15,500
合計			※3 211,914

基本補助額+実績補助額=補助上限額(A)

実際に要した補助対象経費(B)

(A)と(B)のどちらか少ない方の額が補助金の交付

支出

科目	内容	積算内訳	事業経費	内事業対象経費分※1
光熱水費※1	事務所(地域タ子さん宅)光熱水費	電気◎10,000円×6ヶ月×事業経費率1/7(※2)	8,571	8,571
消耗品費※1	衛生用品、事務用品等	ごみ袋、塩素系漂白剤、消毒用スプレー、マスク、ビニール手袋はさみ、のり、コピー用紙 等	15,000	15,000
印刷費	ちらし		20,000	0
通信費※1	携帯料金(会での購入分)	携帯代金◎2,000円×6ヶ月	12,000	12,000
通信	FAX通信、メール送受信(地域タ子さん宅)	FAX通信◎800円×6ヶ月×事業経費率1/7(※2)=686円 インターネット回線料◎1,000円×6ヶ月×事業経費率1/7(※2)=857円	1,543	1,543
保険	ボランティアグループ保険料(訪問型分)	◎4,800円×6ヶ月	28,800	28,800
人件	サービス調整を行う者の人件費	地域タ子 ◎1,500円×8回×6ヶ月×1人 (上限額:1ヶ月 4,000円+1,000円×15人=19,000円)	72,000	72,000
人件費	サービス実施者への謝金	◎1,000円×9回×6ヶ月×1人	54,000	0
小計			211,914	(B) 137,914
次年度繰越金	(収入小計-事業経費小計)			
合計			※3 211,914	137,914

※1印の科目については対象者にかかる実費計算は、按分等による計算も可能

※2光熱水費・通信費について、日常生活(事業外)と事業の兼用である場合は、事業に相当する使用頻度を勘案し経費率を算出し、その経費率に応じた予算を計上してください。

※3収入金額合計と事業経費合計は同じ金額になるよう記入してください。

注意事項

通所型つどいサービス事業を併行して運用される場合には役務費(保険料・通信費等)、需用費(消耗品費・備品購入費・光熱水費)を訪問型助け合いサービス事業分のみ按分して計上してください。

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業サービス従事者名簿(記載例)

団体・グループの名称（ おたがいさま ）

1枚中 1枚目

フリガナ 氏 名 役 職 名	住 所	生年月日	担当する サービス	サービス従事者の資格	資格の番号
ヒガシオオサカ ゴロウ 東大阪 五郎 会長（代表） サービス担当	東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号	昭和〇年〇月〇日	訪問型 通所型	介護福祉士	第D一●●●●●●●号
ヒガシオオサカ シロウ 東大阪 次郎 副会長・サービス担当	東大阪市〇〇町1丁目●番●号	昭和〇年●月□日	訪問型 通所型	東大阪市 サービス従事者研修受 講者	東大阪第 1720001
チイキ ユウコ 地域 夕子 会計・連絡調整担当	東大阪市〇〇町2丁目■番〇号	昭和●年●月●日	訪問型 通所型	東大阪市 サービス従事者研修受 講者	東大阪第 1720002
カイゴ タモツ 介護 保 監事・サービス担当	東大阪市〇〇北5丁目■番■号	昭和□年□月□日	訪問型 通所型	介護職員初任者 研修修了	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
ヨボウ ミサオ 予防 操 サービス担当	東大阪市〇〇北5丁目■番□号	昭和■年〇月●日	訪問型 通所型	東大阪市 サービス従事者研修受 講者	東大阪第 1720005

※サービス従事者の資格が確認できる書類を添付してください。

件名：東大阪市介護予防・生活支援サービス事業

誓 約 書

私は、東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱に規定する補助対象者として補助対象事業を実施するにあたり下記の事項について誓約します。

記

- 1 私は、東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱の規定を遵守し、補助対象事業の従事者へもこの要綱を遵守させるため必要な指揮を行います。
- 2 私は、東大阪市暴力団排除条例に基づき、市の事務事業により暴力団を利することとならないよう暴力団員及び暴力団密接関係者を東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付の対象者から排除していることを承知したうえで、下記の（１）から（４）の事項についても誓約します。
 - （１）私は、東大阪市暴力団排除条例第２条１項２号及び３号に掲げる者のいずれにも該当しません。
 - （２）私は、前号に掲げる者の該当の有無を確認するため、東大阪市から役員名簿等の提出を求められたときは、速やかに提出します。
 - （３）私は、本誓約書及び役員名簿等が東大阪市から大阪府警察本部に提供されることに同意します。
 - （４）私が、誓約書（１）に該当する補助対象者であると東大阪市が大阪府警察本部から通報を受け、又は東大阪市の調査により判明した場合は、東大阪市が東大阪市暴力団排除条例及び東大阪市公共工事等暴力団対策措置要綱に基づき、東大阪市ホームページ等において、その旨を公表することに同意します。
- 3 私は、補助対象事業を実施するにあたり拠点を管轄する地域包括支援センター及び利用者のケアプラン作成者の拠点訪問の受入れや情報共有等の連携を円滑に図ります。

（宛先）東大阪市長

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

代表者の住所 東大阪市○○町１丁目○番○号

グループ等の名称 おたがいさま

代表者名 東大阪 五郎

照 会 同 意 書 (記入例)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

東 大 阪 市 長

代表者の住所：東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

グループ名等の名称： おたがいさま

代表者名：東大阪 五郎



東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第3条2項の規定により、サービス事業に従事する者が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員及び東大阪市暴力団排除条例（平成24年東大阪市条例第2号）第2条第3号に規定する暴力団密接関係者に該当しないことを確認するため、下記に記載した項目について所轄の警察署長に照会することについて同意します。

記

【代表者を含むサービス従事者等の名簿】

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	住 所	性 別	印
	役職名・呼称			
ヒガシオオサカ 東大阪 ゴロウ 五郎	昭和〇年〇月〇日	東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号	男	
	代表者・サービス担当			
ヒガシオオサカ 東大阪 シロウ 次郎	昭和〇年●月〇日	東大阪市〇〇町1丁目●番●号	男	
	代表補佐・サービス担当			
チイキ 地域 ユウコ 夕子	昭和●年●月●日	東大阪市〇〇町2丁目■番〇号	女	
	会計			
カイゴ 介護 タモツ 保	昭和□年□月□日	東大阪市〇〇北5丁目■番■号	男	
	会計監査・サービス担当			
ヨボウ 予防 ミサオ 操	昭和■年〇月●日	東大阪市〇〇北5丁目■番□号	女	
	サービス担当			
		以下余白		

備 考

- この同意書は、法人又は団体、グループ単位での提出となります。
- サービス事業に従事する者全ての方について記入し、本人が押印をしてください。

裏面へ

- 3 名簿に全ての方が記入しきれない場合は、別紙で添付してください。
- 4 この名簿に記載された全ての個人情報、東大阪市個人情報保護条例（平成11年東大阪条例2号）の規定に基づいて取り扱うものとし、要綱第3条第1項に規定する介護保険事業の運営における排除対象者に該当しないことを確認する目的以外には使用しません。東大阪市がこれらの情報をもとに警察等関係機関から取得した個人情報についても同様です。

【参 考】

暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）

（定義）

第2条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) （略）
- (2) 暴力団 その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体をいう。
- (3)～(5) （略）
- (6) 暴力団員 暴力団の構成員をいう。
- (7)・(8) （略）

東大阪市暴力団排除条例（平成24年東大阪市条例第2号）

（定義）

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1)・(2) （略）
- (3) 暴力団密接関係者 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有するものとして規則で定める者をいう。
- (4)～(6) （略）

東大阪市暴力団排除条例施行規則（平成24年東大阪市規則第40号）

（暴力団密接関係者）

第3条 条例第2条第3号の規則で定める者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 自己若しくは第三者の利益を図り又は第三者に損害を加える目的で、暴力団又は暴力団員を利用した者
- (2) 暴力団の威力を利用する目的で、又は暴力団の威力を利用したことに関し、暴力団又は暴力団員に対し、金品その他の財産上の利益又は役務の供与（以下「利益の供与」という。）をした者
- (3) 前号に定めるもののほか、暴力団又は暴力団員に対し、暴力団の活動を助長し、又は暴力団の運営に資することとなる相当の対償のない利益の供与をした者
- (4) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者
- (5) 事業者で、次に掲げる者のうちに暴力団員又は前各号のいずれかに該当する者のあるもの

ア 事業者（法人である場合に限る。）の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）

イ 支配人、本店長、支店長、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織（以下「営業所等」という。）の業務を統括する者

ウ 営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店長、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、これらと同等以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者

エ 事実上事業者の経営に参加していると認められる者

- (6) 前各号のいずれかに該当する者であることを知りながら、これを相手方として、公共工事等に係る下請契約、資材又は原材料の購入契約その他の契約を締結した事業者

参考

おたがいさま 会則

(名称)

第1条 この団体は「 おたがいさま 」と称する。

(組織)

第2条 この団体は東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業サービス従事者養成研修を修了したボランティア等の会員をもって組織する。

(目的)

第3条 この団体は営利を目的とせず、東大阪市介護予防・日常生活支援総合事業のサービス事業を運営することで地域福祉に貢献し、会員相互の資質と意識を高めることを目的とする。

(事務所)

第4条 この団体の事務所及び運営拠点は東大阪市〇〇町2丁目■番〇号におく。

(役員)

第5条 この団体に次の役員をおく。

会長 1名 副会長 1名 会計 1名 役員 若干名 監事 1名

(役員の選出)

第6条 会長は総会において選出する。

2 副会長及び会計は会員の中から会長が選出する。

3 役員は会員の中より選出する。

(役員の任期)

第7条 役員の任期は2年とする。ただし再任は妨げない。

(役員の任務)

第8条 会長はこの団体を代表して団体を統括し会議の議長となる。

2 副会長は会長を補佐し、会長が事故のあったときはその職務を代行する。

3 会計は会計事務を掌理する。

4 監事は会計に関する事務を監査する。

(会議)

第9条 この団体の会議は、総会及び役員会とする。

(招集及び議決)

第10条 総会は年1回、役員会は必要に応じて会長が招集する。

2 会議の議事は出席者の過半数でこれを決定し可否同数のときは議長の決定するところによる。

(総会の審議事項)

第11条 総会は次の事項を審議する。

(1) 会務報告(事業報告)

(2) 予算、決算報告

(3) その他会長の付議する事項

(その他)

第12条 この団体の運営上、会則の定めない事項、または必要な事項は会長が役員会にはかり定める。

附 則 この会則は令和〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。

役員名簿

会長	東大阪 五郎
副会長	東大阪 次郎
会計	地域 夕子
役員	予防 操
監事	介護 保

通所型つどいサービス 記載例(事前準備)

- ・ 東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書 P.15
- ・ 通所型つどいサービス事業実施計画概要書 P.16～18
- ・ 収支予算書 P.19
- ・ サービス従事者名簿（訪問型助け合いサービス参照）P.8
- ・ 誓約書（訪問型助け合いサービス参照）P.9
- ・ 照会同意書（訪問型助け合いサービス参照）P.10、11
- ・ 会場の平面図 P.20
- ・ 会則（訪問型助け合いサービス参照）P.12、13

（宛先）東大阪市長

代表者住所

東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

フリガナ

グループ等の名称 おたがいさま

フリガナ

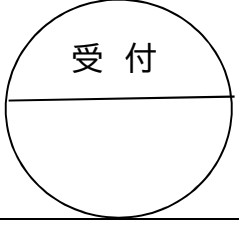
代表者 東大阪 五郎

令和7年度 東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第9条第1項に基づき、東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業実施計画書について関係書類を添えて提出いたします。

記

提供するサービス	☐ 訪問型助け合いサービス ☒ 通所型つどいサービス
添付書類	☐ 訪問型助け合いサービス事業実施計画概要書 ☒ 通所型つどいサービス事業実施計画概要書 ☒ 収支予算書（活動拠点ごと） ☒ サービス従事者名簿（活動拠点ごと） ☒ 誓約書 ☒ 照会同意書 ☒ ボランティア保険等の証書（事業開始日までにご提出ください。） ☒ 会場の平面図（活動拠点ごと） ☒ その他（ 会則（写）、A会館利用料金表（写） ）

承認欄

番号：

通所型つどいサービス事業実施計画概要書

グループ等の名称	おたがいさま
代表者	住所(〒570-00●●) 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号
	フリガナ ヒガシオオサカ ゴロウ
	氏名 東大阪 五郎
	電話 06-●〇〇〇-〇〇●●
サービスの利用調整 担当者 (窓口)	住所(〒570-00●●) 東大阪市〇〇町2丁目〇番〇号
	フリガナ チイキ ユウコ
	氏名 地域 タ子
	電話 06-●□□●-▲△〇〇
	FAX 06-●□□●-〇□●■
	Eメール chiikiyuko@aaaaa.ne.jp
活動の拠点となる住所 (活動実施、連絡調整、書類 の保管等を行う場所)	(〒570-00●●) 東大阪市〇〇町2丁目〇番〇号
	電話 06-●□□●-〇□●□
	FAX 06-●□□●-〇□●■
通所型つどいサービスを 実施する会場	(〒570-00●●) 東大阪市〇〇町1丁目△番▲号 A 会館 2階会議室
	当日の連絡先 090-●□□●-▲△〇〇

提供するサービス内容		☒ 介護予防体操 ☒ レクリエーション ☒ その他 華道：お花タイム 珠算：そろばんタイム 計算：計算タイム
サービス提供実施日		☒ 原則、毎週（ 火・金 ）曜日 ☐ 原則、毎月（ ）日 ☐ 利用者の必要に応じて相談可能 ☐ その他 （ ）
サービス提供実施日における タイムスケジュール		10:00 出席の確認 10:10 ～ 健康チェック、血圧測定 10:30 ～ 楽しくトライ体操 10:45 ～ 血圧測定 11:00 ～ 休憩 お茶の時間 11:15 ～ 12:00 週替わりのレクリエーション
補助対象外の サービス提供について		（１）補助金の対象範囲（一月あたりの上限回数）を超えるサービス提供への対応 ☐ 無 ☒ 有 有の場合の料金規定等 1回 300円
		（２）独自に取り組むサービスの提供 ☐ 無 ☒ 有 有の場合の内容・料金規定等 総合事業の対象者以外 1回300円
ケアプランに 基づく	要支援者 事業対象者	5人
	要介護者	※上記と合わせて5人
その他の一般利用者		5人
サービスの開始日		令和7年 10月 1日 から
加入している（予定を含む） ボランティア保険等の種類		〇〇〇〇ボランティア保険

事故発生時の対応について	例えば下記のように ・事業の人員、設備、及び運営に関する基準を守ります。 ・グループとして事故発生時マニュアルの作成をし、サービス実施日は会場に事故発生時マニュアルを誰もがわかる場所に設置します。 ・会場には事後発生時に速やかに家族や必要な関係機関への連絡体制が取れるよう携帯電話を用意しています。 ・A 会館近隣の医療機関である〇〇医院、●〇病院、□△診療所へ事業の説明を行っていき診療時間内の緊急時の診察について協力を依頼しています。 ・利用者カードに記載のあるかかりつけ医と速やかに連絡がとれるよう、緊急時の連絡先一覧を作成しています。 ・グループのサービス従事者は消防署が行う普通救命講習を受講しています。 ・A 会館のAED設置場所をすべてのサービス従事者が把握するようにしています。
備考	お茶代として開催日1回につき別途50円いただきます。 レクリエーションにかかる材料費は別途いただきます。 ・折り紙代は1回につき20円 ・お花代は1回につき300円

収支予算書記載例

申請年度の事業開始月
から年度末の3月末まで
の予算書を作成ください。

令和7年度 東大阪市通所型つどいサービス収支予算書

この記載例は、つどいサービスを令和7年10月1日から半年間、毎月週に2回(1月で8回)開催し、ケアプランに基づく利用者を含めて5人、それ以外の一般利用者が5人参加すると見込んだ場合の予算書です。

グループ等の名称

おたがいさま

収入

科目	内容	積算内訳	収入金額
利用料	ケアプランに基づく利用者	@100円×8回×6ヶ月×5人	24,000
利用料	一般利用者	@300円×8回×6ヶ月×5人	72,000
飲料代(利用者実費分)	コーヒー代	@50円×8回×6ヶ月×10人	24,000
材料費(利用者実費分)	折り紙タイム お花タイム そろばんタイム 計算タイム	折り紙代@20円×1回×6ヶ月×10人 お花代@300円×1回×6ヶ月×10人 プリント代@20円×1回×6ヶ月×10人 プリント代@20円×1回×6ヶ月×10人	21,600
その他の収入			
事業補助金収入	市補助金	(A) @20,000円×6ヶ月+ 900円×8回×6ヶ月×5人=336,000 (補助上限額 336,000円)	336,000
小計			477,600
自己資金	支出費用補填 (事業経費小計-収入小計)		1,600
合計			※2 479,200

基本補助額+実績
補助額=補助上
限額(A)

実際に要した補助
対象経費(B)

(A)と(B)のどち
らか少ない方の額
が補助金の交付

支出

科目	内容	積算内訳	事業経費	内事業対象経費分
会場費	A会館 2階会議室	@3,000円×8回×6ヶ月 (内事業対象経費の上限分 @2,500円×8回×6ヶ月)	144,000	120,000
光熱水費			0	0
消耗品費	はさみ、のり、コピー用紙 紙コップ、ティッシュ等	はさみ、のり、コピー用紙 紙コップ、ティッシュ等	5,000	5,000
消耗品費	衛生用品	マスク、手指消毒剤、ペーパータオル、ハンドソープ、 非接触型体温計等	11,500	11,500
材料費	生花、計算プリント、折り紙	生花、計算プリント、折り紙	22,000	0
食糧費	お茶・茶菓子	お茶・茶菓子	24,000	0
印刷費	利用印刷代	コピー料金 @10円×200枚×6ヶ月	12,000	12,000
通信費	携帯料金(会での購入分)	携帯代金 @2,000円×6ヶ月	12,000	12,000
通信費	FAX通信、メール送受信 (地域タ子さん宅)	FAX通信 @800円×6ヶ月×事業経費率1/4(※) インターネット回線料 @1,000円×6ヶ月×事業経費率1/4(※)	2,700	2,700
保険料	ボランティアグループ保険料 (通所型分)	@4,000円×6ヶ月	24,000	24,000
講師謝礼	お花教室講師謝礼	@1,000円×6回×1人	6,000	6,000
人件費	サービス調整を行う者の人件費	地域タ子 @1,000円×8回×6ヶ月 +500円×8回×6ヶ月×5人	168,000	168,000
謝金	ボランティアさんへの謝金	@1,000円×8回×6ヶ月×1人	48,000	0
小計		サービス提供者に支払う人件費・謝金については現時点では補助の対象としておりません。	479,200	(B)361,200
次年度繰越金	(収入小計-事業経費小計)		0	0
合計			※2 479,200	361,200

※1 実費計算は、按分等による計算も可能。

通信費について、通信機器が日常生活(事業外)と事業の兼用である場合は、事業に相当する使用頻度を勘案し経費率を算出し、その経費率に応じた予算を計上してください。

※2 収入金額合計と事業経費合計は同じ金額になるよう記入してください。

注意事項

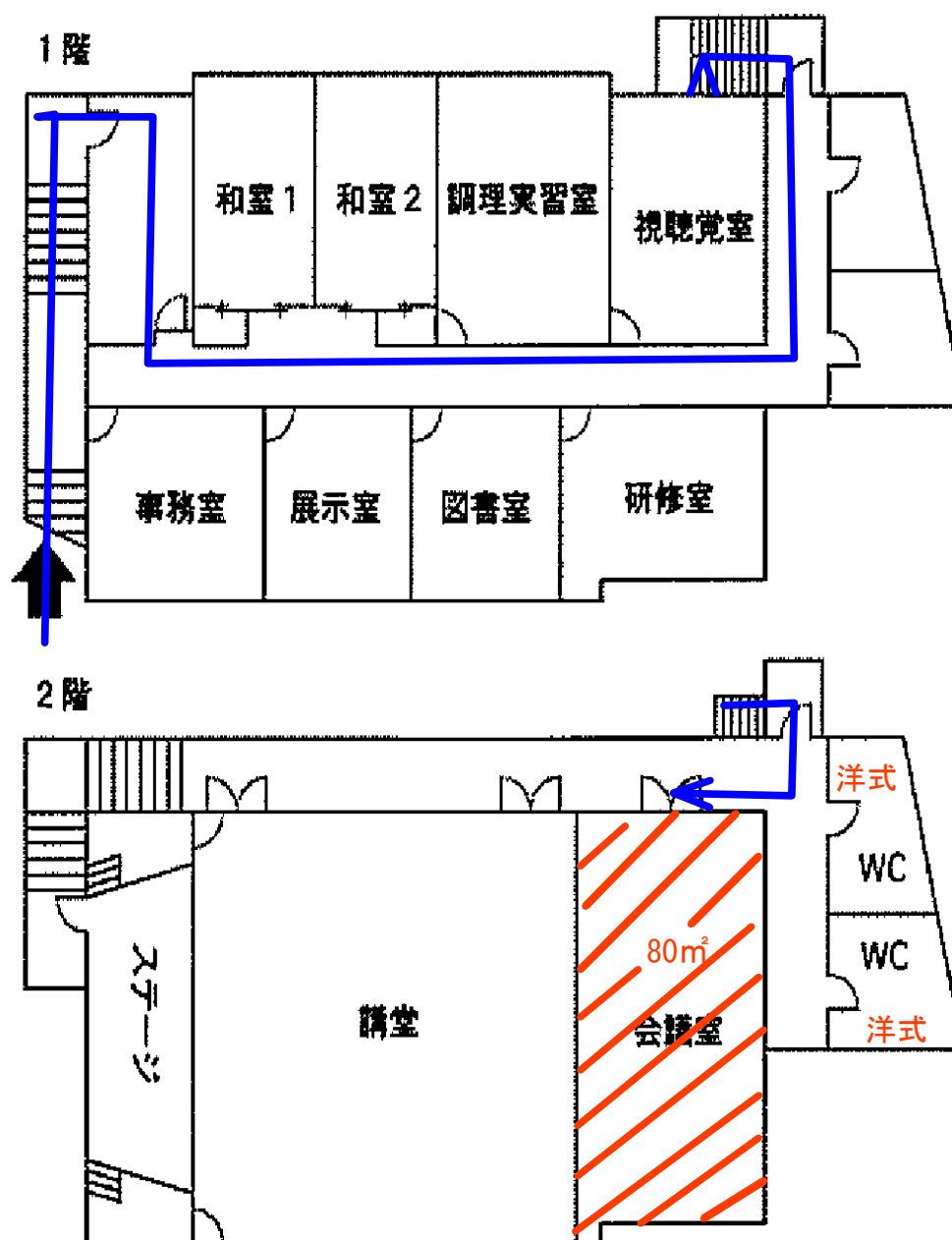
訪問型助け合いサービス事業を併行して運用される場合には役務費(保険料・通信費等)、需用費(消耗品費・備品購入費・光熱水費)を通所型つどいサービス事業分のみ按分して計上してください。

通所型つどいサービスを実施する会場の平面図

*トイレは必ず洋式か和式かがわかるように記載してください。

*大きな段差がある場合その高さがわかるように記載してください。

*会場が建物の2階以上にある場合は1階から会場までがわかるように記載してください。



このページは空白です

訪問型助け合いサービス 記載例（事業の実施）

- ケアプランの写し P.23、24
- 訪問型助け合いサービスの説明確認書 P.25、26
- 利用者カード P.27
- 訪問型助け合いサービス実施計画票 P.28
- 領収書 P.29
- 日報 P.30

No. _____

利用者名 大阪 太郎 様 (男) 75歳

認定年月日 令和〇年〇月〇日

計画作成者氏名 〇〇 ●□

計画作成(変更)日 〇年〇月〇日 (初回作成日 〇年〇月〇日)

目標とする生活

1日	規則正しい生活リズムをつかみ、適度の運動となる外出をする。
----	-------------------------------

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における 課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について 2年前に脳梗塞を発症し、右下肢に 痺れがあり、筋力も低下しており、歩行 が不安定になることがある。〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。	(本人) 最近歩行時につまづきやす くなっているので安定した歩行 で外出したい。 (長女) 歩き方が不安定なのが心配。				
日常生活(家庭生活)について 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇、昼前に2時間ほど寝ることが習 慣となり、夜眠れなくなったり〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇。	(本人) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。 (長女) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。				
社会参加、対人関係・ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 半年前から参加しなくなり〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇。電話の利用等に 問題はなく、〇〇〇〇〇〇〇〇。	(本人) 外出の頻度が減ったが以前 のように人の役に立つことがし たい。 (長女) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。				
健康管理について 脳外科に1回/月、内科に2回/月 定期受診、内服加療を受けている。 物忘れが増えてきている。	(本人) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。 (長女) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇。				

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

運動時の血圧に留意。

180/100mmHg以上で運動禁止。

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこもり予防	物忘れ 予防	うつ予防
予防給付 または 地域支援事業	3/5	0/2	0/3	1/2	1/3	3/5

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2・事業対象者	地域支援事業
----------	---------	-----------------	--------

事業対象者：令和〇年〇月〇日～

担当地域包括支援センター： 地域包括支援センター〇〇●●

□ 1. 事業名

(グループ等の名称) おたがいさま

(代表者氏名) 東大阪 五郎

(電話番号) 06-●○○○-○○●●

□ 2. 活動実施内容

(活動対象地域) ○○中学校区内

(活動できる時間帯) 毎週火曜・金曜日 8:00 ~ 12:30

(助け合いサービスの種類) ごみ出し、声かけ見守り訪問

□ 3. 利用料について

ごみ出し、声かけ見守り訪問

・月8回までは1回 25円

・9回目以降1回 50円

□ 4. 利用料の徴収について

利用料は、毎月訪問している最終日に1ヶ月分まとめていただきます。

□ 5. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービスは「介護予防ケアマネジメント」に基づいて行います。

(2) 利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更を希望される場合は、サービス提供の24時間前までに申し出てください。

② サービス利用の変更・追加については、ご相談に応じます。

③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、サービス従事者の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

(3) サービス従事者に対する迷惑行為を行わないようにお願いします。

□ 6. 緊急時の対応について

① サービス利用中に体調が悪くなった等の緊急時は、利用者の家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて主治医及び最寄りの医療機関、地域包括支援センターに連絡を取る等必要な措置を講じます。

② 緊急の場合は、救急車を呼ぶことがあります。

□ 7. 情報提供について

私たちは、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、サービス事業者間で行われるサービス担当者会議等においては、必要な情報のみ提供させていただく場合があります。

□ 8. 質問等の受付について

(1) サービスに対する質問やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご質問は以下の窓口で受付けます。

○ 地域 タ子 (ちいき ゆうこ)

電話番号 〇九〇ー●□□●ー▲△〇〇

○受付期間 月曜日～金曜日 13時00分～16時00分

訪問型助け合いサービスの開始にあたり、令和 年 月 日に利用者又は代理人に対して、本書面に基づいて事業の説明をします。

(説明者)

住 所 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号

グループ名称 おたがいさま

氏 名 地域 タ子

私は、本書面により、令和 年 月 日に説明者から訪問型助け合いサービスについて、事業の説明を受けたことを認めます。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

利用者カード

*取扱い注意

参考資料④

氏名		
住所		
生年月日		
連絡先		
血液型		
緊急時の連絡先（家族等）		
1	氏名と続柄	
	住所	
	連絡先	
2	氏名と続柄	
	住所	
	連絡先	
既往歴 （緊急時に備えるため必要な事項は必ず記入してください。）		
服薬の有無 （服薬のある方は緊急時に備えるためできるだけ詳細に記載ください。）		
かかりつけ医		医療機関名（ 住 所（ 電話番号（
備考		

緊急な対応が必要になった場合、このカードに記載をした情報を、医療機関等へ情報提供することに同意します。

氏名（自署）

参考記載例⑤

訪問型助け合いサービス実施計画票

利用者	氏名(読み仮名)	大阪 太郎 (おおさか たろう)
	住所	東大阪市〇〇町3丁目●番●●号
	生年月日	昭和16年〇月●日
利用者を担当している 地域包括支援センターの名称	地域包括支援センター 〇〇●●	
サービス提供をした 団体・グループ名称	おたがいさま	
サービスの種類	訪問型助け合いサービス	
サービスの内容	ごみ出し、声かけ見守り訪問	

令和7年度 第3期

10月	10/3 9:15	大阪 太郎	10/7 9:20	大阪 太郎
	10/10 9:15	大阪 太郎	10/14 9:20	大阪 太郎
	10/17 9:15	大阪 太郎	10/21 9:20	大阪 太郎
	10/24 9:15	大阪 太郎	10/28 9:20	大阪 太郎
	10/31 9:15	大阪 太郎		
11月	11/4 9:20	大阪 太郎	11/7 9:15	大阪 太郎
	11/11 9:20	大阪 太郎	11/14 9:15	大阪 太郎
	11/18 9:20	大阪 太郎	11/21 9:15	大阪 太郎
	11/25 9:20	大阪 太郎	11/28 9:15	大阪 太郎
12月	12/2 9:15	大阪 太郎	12/5 9:20	大阪 太郎
	12/9 9:15	大阪 太郎	12/12 9:20	大阪 太郎
	12/16 9:15	大阪 太郎	12/19 9:20	大阪 太郎
	12/23 9:15	大阪 太郎	12/26 9:20	大阪 太郎

※この実施計画票はグループ等が保管し期別終了後コピーを保管、原本は補助金の交付申請時に市へ提出してください。

※下記の欄は市が記載します。

被保険者番号		介護度・認定有効期間	
プラン作成者		プラン有効期間	

領収書 (通所型サービス)

大阪 太郎 様

金 1,970円

内訳

○月分通所型サービス利用料8回分まで	800円
お茶代(50円×9日)、お花代300円 その他材料費@20円×6日	870円
その他(実費等)○月○日利用料	300円

令和○年

○月 ○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

領収書 (控え：通所型)

参考記載例⑦

大阪 太郎 様

金 1,970円

内訳

○月分通所型サービス利用料8回分まで	800円
お茶代(50円×9日)、お花代300円 その他材料費@20円×6日	870円
その他(実費等)○月○日利用料	300円

令和○年○月○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

東大阪

領収書 サンプル

領収書 (訪問型サービス)

大阪 太郎 様

金 200円

内訳

訪問サービス(月1～8回まで) 利用料(○/○、○、○、○、○、○、○、○)	200円
その他(実費等)	円

令和○年

○月○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

領収書 (控え：訪問型サービス)

大阪 太郎 様

金 200円

内訳

訪問サービス(月1～8回まで) 利用料(○/○、○、○、○、○、○、○、○)	200円
その他(実費等)	円

令和○年○月○日

おたがいさま 代表 東大阪 五郎

東大阪

東大阪

参考記載例⑧

訪問型助け合いサービス提供日報

団体・グループ等の名称 **おたがいさま**

サービス提供者名 **介護 保** (介護)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

利用者氏名	サービス 内容	サービス 提供時間	気になったこと	左記への対応
大阪 太郎	ごみ出し 声かけ見守り	9:20 ~ 9:32	今朝 6:00 に起床しトイレに行く 際フラフラしたので不安になった とのこと。	かかりつけ医に受診いただくよう伝え、 念のために地域包括支援センターの担 当者へ報告しておいた。
山田 花子	ごみ出し 声かけ見守り	9:40 ~ 9:55	特になし	
石原 祐二	ごみ出し 声かけ見守り	10:10 ~ 10:25	特になし	
東 かい子	ごみ出し 声かけ見守り	10:30 ~ 10:45	特になし	
美空つばめ	ごみ出し 声かけ見守り	11:00 ~ 11:15	訪問時いつもより元気が無く表 情が固く思った。ごみの量も先月 から比べ少なくなっている。	地域包括支援センターの担当者へ報告 担当者から訪問に行くとのこと。
地域 一郎	声かけ見守り	11:30 ~ 11:45	特になし	
介護 大輔	声かけ見守り	11:50 ~ 12:10	特になし	

その他申し送り等

地域一郎さんが庭の掃除を希望されているので、日程の調整をお願いします。

このページは空白です

通所型つどいサービス 記載例(事業の実施)

- ケアプランの写し（訪問型助け合いサービス参照） P.23、 24
- 通所型つどいサービスの説明確認書 P.33、 34
- 利用者カード（訪問型助け合いサービス参照） P.27
- 通所型つどいサービス実施計画票 P.35
- つどいのひろば健康チェック票 P.36
- 領収書（訪問型助け合いサービス参照） P.29
- 日誌 P.37

□ 1. 事業名

(団体・グループの名称) おたがいさま

(代表者氏名) 東大阪 五郎

(電話番号) 06-●○○○-○○●●

□ 2. 活動実施内容

(活動会場) A会館 2階会議室

(活動の時間帯) 毎週火曜・金曜日 10:00~12:00

(主な活動内容) 気軽に簡単な体操やレクリエーションを行い、地域住民のつながりを大切にできる場を目指しています。

□ 3. 利用料について

★利用料として

・月8回までは1回 100円

・9回目以降 1回 300円

★お茶代

・1回 50円

★材料費

・必要に応じて自費徴収いたします。

□ 4. 利用料の徴収について

利用料は、毎回会場において徴収させていただきます。

□ 5. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービスは「介護予防ケアマネジメント」に基づいて行います。

(2) 利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更を希望される場合は、サービス提供の24時間前までに申し出てください。

② サービス利用の変更・追加については、ご相談に応じます。

③ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、会場の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

(3) 利用を中止していただく場合について

① 風邪や病気の場合はサービスの提供をお断りすることがあります。

② 当日の健康チェックの結果や利用中に体調が悪くなった場合は、サービス内容の変更又は中止をすることがあります。

(4) 他の利用者やサービス従事者に対する迷惑行為を行わないようにお願いします。

(5) 金銭、貴重品は原則、会場に持ち込まないようお願いします。

(6) 他の利用者やサービス従事者に対して、飲食物等の物品のやり取り、金銭の贈与はご遠慮願います。

(7) 営利行為、宗教活動、政治活動は禁止します。

(8) 会場の設備・備品等の利用は、サービス従事者の指示に従い、十分に注

意をお願いします。

(9) ペット類の持ち込みは禁止します。

□6. 緊急時の対応について

- ① サービス利用中に体調が悪くなった等の緊急時は、利用者の家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて主治医及び最寄りの医療機関、地域包括支援センターに連絡を取る等必要な措置を講じます。
- ② 緊急の場合は、救急車を呼ぶことがあります。

□7. 情報提供について

私たちは、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、サービス事業者間で行われるサービス担当者会議等においては、必要な情報のみ提供させていただく場合があります。

□8. 質問等の受付について

- (1) サービスに対する質問やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご質問は以下の窓口で受け付けます。

○ 地域 タ子 (ちいき ゆうこ)

電話番号 〇六―●□□●―〇□●□

○受付期間 月曜日～金曜日 13時00分～16時00分

通所型つどいサービスの開始にあたり、令和 年 月 日に利用者又は代理人に対して、本書面に基づいて事業の説明をします。

(説明者)

住 所 東大阪市〇〇町2丁目■番〇号

グループ名称 おたがいさま

氏 名 地域 タ子

私は、本書面により、令和 年 月 日に説明者から通所型つどいサービスについて、事業の説明を受けたことを認めます。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

グループの名称	おたがいさま		開催日	毎週火・金曜日
利用者	氏名	大阪 太郎		
	住所	東大阪市〇〇町3丁目●番●●号		
	生年月日	昭和16年〇月●日		
利用者を担当している 地域包括支援センターの名称	地域包括支援センター 〇〇●●			

令和7年度 第3期

サービス実施月	実施日	時間	サービスの内容	押印またはサイン
10月	3	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	7	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	10	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	14	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
	17	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	21	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	24	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	28	10:00~12:00	お花教室	大阪 太郎
11月	4	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	7	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	11	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	14	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
	18	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	21	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	25	10:00~12:00	お花教室	大阪 太郎
	28	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
12月	2	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	5	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	9	10:00~12:00	楽しくトライ体操2	大阪 太郎
	12	10:00~12:00	楽しくトライ体操、計算	大阪 太郎
	16	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	19	10:00~12:00	楽しくトライ体操、そろばん	大阪 太郎
	23	10:00~12:00	タオル体操、折り紙	大阪 太郎
	26	10:00~12:00	お花教室	大阪 太郎

※下記の欄は市が記載します。

被保険者番号		介護度・認定有効期間		
プラン作成者		プラン有効期間	～	

原本は補助金申請時に市へ提出してください。

つどいサービス健康チェック票

無理せず、楽しく参加しましょう♪



ひろば名				※安静時最高血圧が 180mmHg以上、又は最低 血圧が100mmHg以上の場 合は、運動を控えましょう	
名前					
体温					
血圧	① 最高		最低		
	② 最高		最低		
体調 (当てはまるものに○)		良い	ふつう	悪い	どこが？
体調のことで スタッフに伝えて おきたいこと					

私は、上記をふまえ自身の判断でつどいのひろばに参加します。(名前

(自著))

スタッフ確認欄	
---------	--

つどいサービス健康チェック票

無理せず、楽しく参加しましょう♪



ひろば名				※安静時最高血圧が 180mmHg以上、又は最低 血圧が100mmHg以上の場 合は、運動を控えましょう	
名前					
体温					
血圧	① 最高		最低		
	② 最高		最低		
体調 (当てはまるものに○)		良い	ふつう	悪い	どこが？
体調のことで スタッフに伝えて おきたいこと					

私は、上記をふまえ自身の判断でつどいのひろばに参加します。(名前

(自著))

スタッフ確認欄	
---------	--

通所型つどいサービス業務日誌

年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日（〇）		サービス 提供時間帯	10:00 ～ 12:00
サービス 従事者	資格者	東大阪五郎、地域タ子、介護保、予防操		
	無資格者	ボランティアAさん		
出席者数	7 人	利用者の 氏名	大阪太郎、包括一郎、八尾花江	
欠席者数	1 人	利用者の 氏名	東 花美	
一般 利用者数	東大阪夢子、大東三郎、八尾七子			
サービスの内容				
プログラム		具体的な内容		主な担当者
9:30～10:00		利用者の通所		東大阪 五郎 介護 保
10:00～10:10		利用者の出席確認		地域 タ子
10:10～10:30		健康チェックと今日の体操の効果の説明		予防 操
10:30～11:00		楽しくトライ体操、血圧測定		予防 操
11:00～11:15		水分補給		ボランティアCさん
11:15～12:00		折り紙		介護 保
12:30		次回レクリエーションの案内 修了		地域 タ子
特記事項				
気になったこと		気になったことへの対応		
①健康チェック時に大阪太郎さんの血圧が高かった ②東 花美さんが無断欠席をされた		①本日の運動はやめてもらいパズルとペン習字を行った。 ②10:10に自宅へ電話、風邪であったことがわかった。内科の受診もされたとのこと。次回から欠席のときは連絡をしてもらうよう伝える。		
記入者	地域 タ子			確認印 

訪問型助け合いサービス 記載例（補助金交付）

- 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付申請書 P.39
- 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書 P.40
- 収支予算書 P.41
- 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書 P.42
- 口座振替依頼書 P.43

参考記載例⑨

様式第3（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所） 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

（団体・グループ等の名称） おたがいさま

（提供するサービス名称） 訪問型助け合いサービス

（代表者名） 東大阪 五郎

令和7年度 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付申請書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第10条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 （第 3 期分） 金 49,125 円

2 添付書類

（1）実績報告書（様式第4）

（2）サービス実施計画票

（3）収支内訳書

（4）補助金対象経費の領収書（原本）

（5）その他（ ）

※（1）から（4）は、活動拠点ごとに添付ください。

参考記載例⑩

様式第4（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（活動拠点又は会場の住所）**東大阪市〇〇町2丁目■番〇号**

（団体・グループ等の名称）**おたがいさま**

（活動拠点のグループ等名称）**おたがいさま**

（拠点代表者名）**東大阪 五郎**

令和7年度東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第10条第1項の規定に基づき、令和7年第3期分（10月から12月分）の事業の実績を下記のとおり報告します。

記

（共通事項）

氏名	10月の利用回数	11月の利用回数	12月の利用回数	補助金対象回数の合計
大阪 太郎	8	8	8	24
山田 花子	8	8	8	24
石原 祐二	7	8	7	22
東 介子	8	8	8	24
美空つぼめ	8	7	8	23
地域 一郎	8	8	8	24
介護 大輔	8	8	8	24
第3期の補助対象実績の合計				165

※必要に応じて行を挿入して記載ください

令和7年度 東大阪市訪問型助け合いサービス収支内訳書

第3期(10月～12月分)

団体・グループの名称

おたがいさま

収入

科目	内容	積算内訳	収入金額
利用料	ケアプランに基づく利用者	@25円×165回(実人数7人)	4,125
利用料	ケアプランに基づく利用者の補助対象外の利用料	@50円×10回	500
利用料	一般利用料等	ごみ出し@50円×8回×3ヶ月×10人 @50円×2回×3ヶ月×10人 庭掃除@300円×1回×3ヶ月×2人 (実人数20人)	16,800
その他の収入			
事業補助金収入	市補助金	@4,000円×3ヶ月+@225円×165回 (合計 49,125円)	49,125
小計			70,550
自己資金	支出費用補填 (事業経費小計ー収入小計)		408
合計			70,958

支出

科目	内容	積算内訳	事業経費	内事業対象経費分
光熱水費	事務所(地域タ子さん宅)光熱水費	電気@10,000円×3ヶ月 ×1/7(事業率)	4,286	4,286
消耗品費	ごみ袋、消毒用スプレー、マスク はさみ、のり、コピー用紙 等	ごみ袋、消毒用スプレー、マスク はさみ、のり、コピー用紙 等	4,500	4,500
印刷費	ちらし		5,000	0
通信費	携帯料金(会での購入分)	携帯代金 1,800円+2,300円+1,900円	6,000	6,000
通信費	FAX通信、メール送受信 (地域タ子さん宅)	FAX通信 @800円×3ヶ月×1/7(事業率)=343円 インターネット回線料 @1,000円×3ヶ月×1/7(事業率)=429円	772	772
保険料	ボランティアグループ保険料 (訪問型分)	@4,800円×3ヶ月	14,400	14,400
人件費	サービス調整を行う者の人件費	地域さん@1,500円×8回×3ヶ月×1人 上限:1か月 4,000円+1,000円×7人	36,000	33,000
小計			70,958	62,958
次年度繰越金	(収入小計ー事業経費小計)		0	0
合計			70,958	62,958

参考記載例⑫

様式第6 (第13条第1項関係)

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

(代表者の住所) **東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号**

(団体・グループ等の名称) **おたがいさま**

(提供するサービス名称) **訪問型助け合いサービス**

(代表者名) **東大阪 五郎**

令和7年度 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第13条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

記

1 補助金交付請求額 (第 3 期分) 金 **49,125** 円

2 添付書類

(1) 口座振替依頼書

(2) その他 ()

参考記載例⑬

令和 年 月 日

口座振替依頼書

東大阪市から受ける支払金を下記金融機関の口座へ振替してくださいよう依頼します。なお、振替と同時に領収したものと承知いたします。

記

振替先	金融機関名 ラグビー銀行	支店名 トライ支店
預金種別	1 普通預金	2 当座預金
口座番号	7777777	
(フリガナ)	ヒガシオオサカ ゴロウ	
名 義	東大阪 五郎	

(あて先) 東大阪市会計管理者

住所 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号
依頼者

氏名 東大阪 五郎

電話 06-●〇〇〇-〇〇●●

※ 注 意

- 1 名義は依頼者本人名義に限ります。
- 2 記載事項に変更が生じたときは、必ず新たに依頼書を提出してください。

通所型つどいサービス 記載例(補助金交付)

- 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付申請書 P.45
- 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書 P.46、47
- 収支予算書 P.48
- 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書 P.49
- 口座振替依頼書（訪問型助け合いサービス参照）P.43

参考記載例⑨

様式第3（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所） 東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

（団体・グループ等の名称） おたがいさま

（提供するサービス名称） 通所型つどいサービス

（代表者名） 東大阪 五郎

令和7年度 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付申請書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第10条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 （第3期分） 金 134,700 円

2 添付書類

（1）実績報告書（様式第4）

（2）サービス実施計画票

（3）収支内訳書

（4）補助金対象経費の領収書（原本）

（5）その他（ ）

※（1）から（4）は、活動拠点ごとに添付ください。

参考記載例⑩

様式第4（第10条第1項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（活動拠点の住所）**東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号**

（団体・グループ等の名称）**おたかいさま**

（活動拠点のグループ等名称）**おたかいさま**

（拠点代表者名）**東大阪 五郎**

令和7年度東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第10条第1項の規定に基づき、令和7年度第3期分（10月から12月分）の事業の実績を下記のとおり報告します。

記

（共通事項）

氏名	10月の利用回数	11月の利用回数	12月の利用回数	補助金対象回数の合計
大阪 太郎	8	8	8	24
包括 一郎	8	8	8	24
八尾 花江	8	8	8	24
東 花美	3	4	4	11
第3期の補助対象実績の合計				83

※必要に応じて行を挿入して記載ください

(通所型つどいサービスの実施状況)

回数	実施日	時間
第1回	令和7年 10月3日	10:00～12:00
第2回	令和7年 10月7日	10:00～12:00
第3回	令和7年 10月10日	10:00～12:00
第4回	令和7年 10月14日	10:00～12:00
第5回	令和7年 10月17日	10:00～12:00
第6回	令和7年 10月21日	10:00～12:00
第7回	令和7年 10月24日	10:00～12:00
第8回	令和7年 10月28日	10:00～12:00
第9回	令和7年 11月4日	10:00～12:00
第10回	令和7年 11月7日	10:00～12:00
第11回	令和7年 11月11日	10:00～12:00
第12回	令和7年 11月14日	10:00～12:00
第13回	令和7年 11月18日	10:00～12:00
第14回	令和7年 11月21日	10:00～12:00
第15回	令和7年 11月25日	10:00～12:00
第16回	令和7年 11月28日	10:00～12:00
第17回	令和7年 12月2日	10:00～12:00
第18回	令和7年 12月5日	10:00～12:00
第19回	令和7年 12月9日	10:00～12:00
第20回	令和7年 12月12日	10:00～12:00
第21回	令和7年 12月16日	10:00～12:00
第22回	令和7年 12月19日	10:00～12:00
第23回	令和7年 12月23日	10:00～12:00
第24回	令和7年 12月26日	10:00～12:00
第3期の補助対象実績の合計回数		24回

※必要に応じて行を挿入して記載ください

令和7年度 東大阪市通所型つどいサービス収支内訳書

第3期(10月～12月分)

団体・グループの名称

おたがいさま

収入

科目	内容	積算内訳	収入金額
利用料	要支援者・事業対象者の利用料	@100円×83回	8,300
利用料	一般の方の利用料	@300円×83回	24,900
	コーヒー代	@50円×166回	8,300
材料費(利用者実費分)	折り紙タイム お花タイム そろばんタイム 計算タイム	折り紙代@20円×20回 お花代@300円×13回 プリント代@20円×20回 プリント代@20円×10回	4,900
その他の収入			
事業補助金収入	市補助金	@20,000円×3ヵ月+900円×83回 (合計 134,700円)	134,700
自己資金			4,900
合計			186,000

支出

科目	内容	積算内訳	事業経費	内事業対象経費分
会場費	A会館2階会議室	@2,500円×26回	65,000	65,000
光熱水費			0	0
消耗品費	はさみ、のり、コピー用紙 紙コップ、ティッシュ等	はさみ、のり、コピー用紙 紙コップ、ティッシュ等	2,000	2,000
材料費	生花、折り紙、計算プリント		4,000	0
食糧費	お茶・茶菓子		8,300	0
通信費	携帯料金(会での購入分)	携帯代金 @2,000円×3ヶ月×1/2(助け合いサービスと兼用)	3,000	3,000
通信費	FAX通信、メール送受信 (地域タ子さん宅)	FAX通信 @4,000円×3ヶ月×1/4(事業率)×1/2 (助け合いサービスと兼用) インターネット回線料 @4,000円×3ヶ月×1/4(事業率)×1/2(助け合いサービスと兼用)	3,000	3,000
保険料	ボランティアグループ保険料 (通所型分)	@4,800円×3ヶ月×1/2	7,200	7,200
講師謝礼	お花教室講師謝礼	@1,000円×2回×1人	2,000	2,000
人件費	サービス調整を行う者の人件費	@1,000円×26回開催×1人 +500円×延べ83人	67,500	67,500
謝金	ボランティアさんへの謝金	@1,000円×8回×3ヶ月×1人	24,000	0
合計			186,000	149,700

参考記載例⑫

様式第6 (第13条第1項関係)

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

(代表者の住所) **東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号**

(団体・グループ等の名称) **おたがいさま**

(提供するサービス名称 **通所型つどいサービス**

(代表者名) **東大阪 五郎**

令和 7 年度 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第13条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

記

1 補助金交付請求額 (第 3 期分) 金 **134,700** 円

2 添付書類

(1) 口座振替依頼書

(2) その他 ()

訪問型助け合い・通所型つどいサービス共通 記載例(研修運営等加算補助金)

- ・東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書 P.51
- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業
補助金交付申請書（研修運営等加算用） P. 52
- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書（研修運営等加算用） P.53
- ・東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書 P.54

令和7年10月1日

（宛先）東大阪市長

代表者住所

東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

グループ等の名称

おたがいさま

代表者 ヒガシオオサカ 東大阪 コロウ 五郎

令和7年度 東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第9条第1項に基づき、以下のとおり東大阪市訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービス事業研修実施計画書を提出いたします。

記

※年度途中に研修等を計画書する場合は、研修等の実施日の2ヶ月前までに提出してください。

拠点のグループ名	おたがいさま
研修内容	☐ 事故防止 ☐ 個人情報の管理 ☒ 健康管理 ☒ 衛生管理 ☐ 介護予防プログラム ☒ その他（ノロウイルスの処理手順（実習あり）、インフルエンザ予防について）
研修実施予定日時	令和8年2月8日（日） 10時から12時
研修会場	A会館 2階会議室
研修参加人数	5人
講師の有無	☒ 有 ☐ 無 有の場合講師名（浪速 通子）
研修に要する費用 （予定で試算）	・講師謝礼 8,000円 ・会場費 2,500円 ・ノロウイルス実習用品（ビニール手袋、マスク、ペーパータオル、 合羽、靴カバー、バケツ、家庭用塩素系漂白剤など） 5,000円 ・当日資料コピー代 500円 研修参加等加算補助金の予定額 16,000 円

様式第9（第10条第3項関係）

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（代表者の住所）東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

（団体・グループ等の名称）おたがいさま

（提供するサービス名称）通所型つどいサービス

（代表者名）ヒガシオオサカ ゴロウ
東大阪 五郎

令和 7 年度

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付申請書（研修運営等加算用）

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第10条第3項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

※このグループは令和7年10月1日から事業を実施(事業に参画)しているため、研修運営等加算補助金の上限額は10月～3月までの
@1,000円×6ヶ月＝6,000円となります。

1 研修運営等加算補助金交付申請額 金 6,000円

2 添付書類

- （1）実績報告書（様式第10）
- （2）補助金対象経費の領収書（原本）
- （3）その他（ ）

※（1）から（3）は、活動拠点ごとに添付ください。

年 月 日

（宛先）東大阪市長

（活動拠点の住所）東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号

（団体・グループ等の名称）おたがいさま

（活動拠点のグループ等名称）おたがいさま

（拠点代表者名）^{ヒガシオオサカ}東大阪^{ゴロウ}五郎

令和7年度

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業実績報告書（研修運営等加算用）

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第10条第4項の規定に基づき、令和7年10月11日に提出した研修実施計画書の研修実績を下記のとおり報告します。

記

■計画書に予定した研修を実施した。 □計画書に予定した研修を実施しなかった。

研修実施日／出席者等

研修実施日時：令和8年2月8日（日）10：00～12：00

出席者：東大阪五郎、東大阪次郎、地域タ子、介護保、予防操

講師：浪速 通子

成果／感想

基本知識を学ぶだけではなく、実技で消毒用の希釈液を作り、嘔吐物があることを想定した処理をすることで、イメージが湧きやすく実践できそうだとの声があがりました。

研修会に要した費用の内訳

- ・講師謝礼 8,000円
- ・会場費 2,500円
- ・備品 ビニール手袋463円、マスク398円、ペーパータオル581円、
合羽432円、靴カバー540円、バケツ864円、塩素系漂白剤213円
- ・テキストコピー代10枚×5人分×10円＝500円

合計14,491円

参考記載例⑪

様式第6 (第13条第1項関係)

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

(代表者の住所) **東大阪市〇〇町1丁目〇番〇号**

(団体・グループ等の名称) **おたがいさま**

(提供するサービス名称) **通所型つどいサービス**

(代表者名) **東大阪 五郎**

令和 7 年度 東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付請求書

東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金交付要綱第13条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

記

1 補助金交付請求額 (研修運営等加算分) 金 **6,000** 円

2 添付書類

(1) 口座振替依頼書

(2) その他 ()