様式第４号（第30条関係）

### 令和　　年度　富良野市介護予防普及啓発事業　登録申請書

　　年　　月　　日

富良野市長　　　　　　　様

住　　所

申請者　事業者名

代表者名

令和　　年度富良野市介護予防普及啓発事業に対し、登録事業者として下記のとおり実施したいので申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施事業所 | 事業所名 |  | （電話番号） |
| 管理者名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者氏名 |  | （メールアドレス） |
| 実　施　内　容 | 区分（該当箇所に○） |  | (1) 介護予防に関する基本的な知識の普及啓発 |
|  | (2) 運動器の機能向上に関する普及啓発 |
|  | (3) 栄養改善に関する普及啓発 |
|  | (4) 口腔機能向上に関する普及啓発 |
|  | (5) 認知症予防・支援に関する普及啓発 |
|  | (6) 閉じこもり予防・支援に関する普及啓発 |
|  | (7) うつ予防・支援に関する普及啓発 |
|  | (8) その他健康保持に関する普及啓発 |
| 実施方法（該当箇所に○） |  | (1) 講　話　パンフレットや資料等を配布し学習するもの |
|  | (2) 実　習　レクリエーションや体操、料理教室等の体験を伴うもの |
|  | (3) 相談会　専門職が健康や介護の相談に対応するもの |
| 実施場所 | 　住所 | 施設名／室名 |
| 実施期間 | 令和　　年　　月　　日から　　令和　　年　　月　　日まで |
| 実施日時 | 　月・火・水・木・金・土・日　　　　時　　分から　　時　　分まで |
| 教室に関与する専門職の職種・実人数 | 　介護職　　　人　看護職　　　人 | ボランティア　　　　　人その他　　　　　　　　人 |
| 申込先 |  | 電話番号 |
| 参加者募集の方法 |  |
| 事業の案内文 |  |

※事業計画書、事業予算書を添付すること

令和　　年度　富良野市介護予防普及啓発事業　事業計画書

（令和○○年○○月～令和○○年○○月計画分）

|  |  |
| --- | --- |
| １．事 　業 　名： | 令和　　年度富良野市介護予防普及啓発事業「○○○○○○○○○○○○教室」 |
| ２．実施事業所名： | ○○○○○○○○○○○○ |
| ３．延べ参加者数： | （見込み） | ○○○人 |

４．内　　　　容：

（令和○○年○○月～令和○○年○○月計画分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 日 | 時間 | 区分 | 実施方法 | 内容 | 定員 | 参加費 | 講師の職・氏名 | 専門職等の職種・人数 |
| 5 | 13 | (記入例)10：00～11：00 | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 | 減塩教室 | 15人 | 無料 | 栄養士○○○○ | ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ1人、栄養士1人 |
| 5 | 20 | (記入例)10：00～11：00 | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 | ふまねっと運動 | 15人 | 無料 | ｲﾝｽﾄﾗｸﾀｰ○○○○ | ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ2人、リハ職1人 |
| 5 | 20 | (記入例)10：00～11：00 | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 | 減塩ﾒﾆｭｰの料理教室 | 10人 | 500円材料代 | 栄養士○○○○ | ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ2人、介護職1人 |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |
|  |  | ：　～　： | 健康うつ閉じこもり認知口腔栄養運動基礎 | 相談実習講話 |  | 人 |  |  |  |

令和　　年度　富良野市介護予防普及啓発事業　収支予算書

収入の部

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 予　算　額 | 備　　　考　※算出基礎を記入 |
| 富良野市交付金 | 介護予防普及啓発事業交付金 | ○○○○○○ | 予定実施期間　○月～○月　○ヶ月基準単価45,000円×○回基準単価30,000円×○回基準単価15,000円×　回 |
| 参加料収入 | ○○○○○○ |  |
| 自己資金 | ○○○○○○ | 法人の自己資金繰入 |
| その他収入 | ○○○○○○ | ○○○補助金 |
| 合　　　　　計 | ○○○○○○ |  |

支出の部

（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | 予　算　額 | 備　　　考　※算出基礎を記入 |
| 対象経費 | 人件費 | 企画調整 | ○○○○○○ | 時給○○○円×○時間×○日×○人 |
|  | 専門職 | ○○○○○○ | 時給○○○円×○時間×○日×○人 |
| 報償費 | 講師謝金 | ○○○○○○ | 時間単価○○○○円×○時間×○回 |
|  | 費用弁償 | ○○○○○○ | 富良野市～○○○市　○泊○日　○○○○円 |
| 需用費 | 消耗品費 | ○○○○○○ | Ａ４普通紙　＠○○円×○冊 |
|  | 印刷費 | ○○○○○○ | ＠○○円×○部 |
| 役務費 | 保険料 | ○○○○○○ | ＠○○円×○人 |
|  | 通信運搬費 | ○○○○○○ | ＠○○円×○人 |
| 使用料及び賃借料 | 会場借上料 | ○○○○○○ | ○○○施設　＠○○○○円×○回 |
|  | 器具借上料 | ○○○○○○ | ○○○物品　＠○○○○円×○回 |
| 対象外経費 | 食糧費 | ○○○○○○ |  |
| ○○○○○○ | ○○○○○○ |  |
| ○○○○○○ | ○○○○○○ |  |
| ○○○○○○ | ○○○○○○ |  |
| 合　　　　　計 | ○○○○○○ |  |

（内訳）　　　　　　　対象経費の計　○○○○○○円

対象外経費の計　○○○○○○円

※収入の合計と支出の合計は同額にしてください。

※対象経費の計　≧　富良野市交付金　としてください。