様式第１号（第７条関係）

(表)

事業計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

■事業の概要（□訪問型　□通所型）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請団体 | 団体名  代表者名  市内活動拠点所在地 |
| 実　施（予定）場所 | 場所  住所 |
| 実　施（予定）日時 | □毎　週（　　　　　　　　）曜日  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 従事者（予定）人数 | 人 |
| 利用者（予定）人数 | 人 |
| 活動内容 |  |
| 事業担当者 | 氏名  電話 |

(裏)

■従事者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 住　所 | 介護予防サポーター養成講座受講有無 |
|  |  | □有　　 □無 |
|  |  | □有　　 □無 |
|  |  | □有　　 □無 |
|  |  | □有　　 □無 |
|  |  | □有　　 □無 |

■利用者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名  （介護保険被保険者番号） | 住　所 | 送迎の有無 |
| （　　　　　　　　　　） |  | □有　 　□無 |
| （　　　　　　　　　　） |  | □有　 　□無 |
| （　　　　　　　　　　） |  | □有　 　□無 |
| （　　　　　　　　　　） |  | □有　　 □無 |
| （　　　　　　　　　　） |  | □有　　 □無 |

　※要支援１・２の方、事業対象者を記載してください。