

蕪介第1326号
令和6年2月26日

地区長 各位

蕪崎市長 内藤 久夫
(公印省略)

令和6年度蕪崎市地域まると介護予防推進事業説明会の開催について (ご案内)

早春の候、皆様におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃より介護保険事業にご理解、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

市では、地域住民同士が気軽に交流できる場を身近な地域につくることで、閉じこもりの防止、フレイル予防、生きがいづくりにつなげ、より長い期間、身近な地域で生活できることを目的とした、『地域まると介護予防推進事業』を実施しております。

この事業は、地域の皆様のご理解により行われる事業でもあるため、来年度に向けて、地区長及び地区長より委任を受け事業に携わる関係者を対象に説明会を開催いたします。ご希望の地区はご出席くださいますようお願いいたします。

また、令和6年度の事業になりますので新地区長にもご参加いただけますと幸いです。

記

1. 日 時 ①令和6年3月22日(金) 午後7時から
 ②令和6年3月26日(火) 午後2時から
 1時間程度、2日間に分けて開催いたしますが、内容は同じです。
2. 場 所 蕪崎市保健福祉センター 2階 会議室
 蕪崎市本町三丁目6番3号(蕪崎市立病院北隣)
3. 内 容 地域まると介護予防推進事業について
 - ・事業の目的・内容
 - ・前年度からの変更点
 - ・実施計画書、報告書の記入の仕方

(裏面に続く)

- 説明会に参加される地区の方は、資料、席の準備の都合上お手数ですが、お電話か、別紙申込書、インターネットで地区名と参加者名、人数をお知らせください。

お申込期限：3月15日

参加人数により、参加日を調整させていただく場合がございます。ご協力をお願いします。

- 同封書類：説明会にお持ちください

- ・ 蕪崎市地域まるごと介護予防推進事業説明資料
- ・ 令和6年度蕪崎市地域まるごと介護予防推進事業実施計画書
 - * 事業開始の日までに提出をお願いします。
- ・ 令和5年度蕪崎市地域まるごと介護予防推進事業実績報告書
 - * 事業を実施した地区はすべての事業終了後、4月10日までに提出をお願いします。
- ・ 令和5年度蕪崎市地域まるごと介護予防推進事業実施計画中止届出書
 - * 計画提出後、事業を実施していない場合は、中止届の提出と返金をお願いします。

- 計画書及び報告書提出場所：

蕪崎市長寿介護課（保健福祉センター内）
蕪崎市本町三丁目6番3号（蕪崎市立病院北隣）
* 事業説明会終了後にも提出していただけます。

- 蕪崎市役所ホームページ掲載場所：

ページ下部、組織から探す>長寿介護課>長寿社会担当>
高齢者福祉>地域まるごと介護予防推進事業

<https://www.city.nirasaki.lg.jp/soshikiichiran/chojukaigoka/choujushakaitantou/2/6206.html>



問い合わせ先：

蕪崎市 長寿介護課 長寿社会担当
(蕪崎市保健福祉センター内)

電話：0551-23-4313 担当 赤井

韮崎市 長寿介護課 長寿社会担当 赤井宛

韮崎市地域まるごと介護予防推進事業説明会 参加申込書

電話（0551-23-4313）

または

FAX（0551-23-4316）で

3月15日（金）までにお申し込みください。

参加希望日： いずれかにチェックをつけてください。

① 3月22日（金）午後7時～

② 3月26日（火）午後2時～

地区名： _____ 町 _____ 地区

代表者氏名： _____

代表者 TEL： _____

出席者数： _____ 人

インターネットからも参加申し込みができます。



<https://forms.gle/uyff9tceciePezAF6>

連絡先：

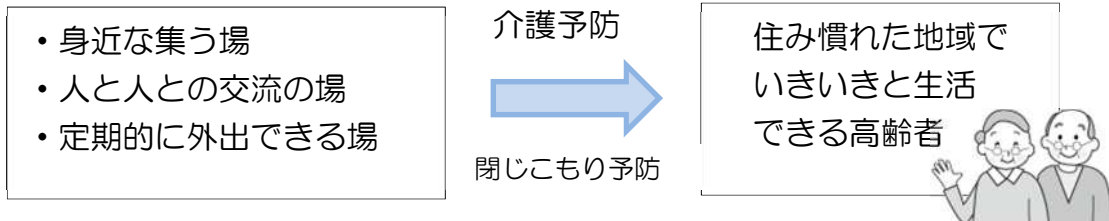
韮崎市 長寿介護課 長寿社会担当

（韮崎市保健福祉センター内）

電話：0551-23-4313 担当 赤井

地域介護予防活動支援事業 韮崎市地域まるごと介護予防推進事業

【目的】

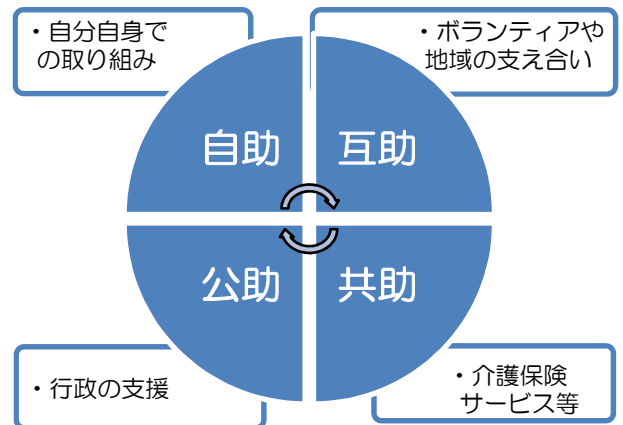


韮崎市地域まるごと介護予防推進事業は一般介護予防事業の一部として

『高齢者が定期的に通える身近な場』を目的に開催するものです。

【理念】

少子高齢化や単独世帯の増加などにより、これからは自分でもなんとかしようという自助、地域で支え合う互助がいままで以上に重要となっております。この事業を契機として、介護予防に前向きに取り組んでいきたいと思っています。



【対象事業】

地域の実情に応じたもので、目的を達成できる事業

【実施回数】

地域の実情に応じ最低月 1 回以上、年 12 回以上開催。

※地域の実情（農繁期等）により開催が困難な場合には開催回数を減らすことができる。（年 10 回までであれば減らすことが可能）

【対象者】

概ね 65 歳以上の市民

【実施団体・責任者】

地区（地区同士の合同開催可）

実施総括責任者は、地区長、地区長の委任を受けたもの

【交付金額】

あくまでも交付金の計算上、重点対象者（事業に参加可能な75歳以上の高齢者及び、65歳以上の一人暮らし高齢者）の人数をもとに算出し交付金を交付します。

重点対象者数	交付金額
10人未満	13,000円
10人以上 20人未満	26,000円
20人以上 30人未満	39,000円
30人以上 40人未満	52,000円
40人以上 50人未満	65,000円
50人以上 60人未満	78,000円
60人以上 70人未満	91,000円
70人超	104,000円

【対象経費】

事業実施に係る諸経費

例：活動のための材料費、活動時の水分補給用の飲み物やお菓子、講師への謝礼、施設使用料、器具借り上げ料等。

【長寿介護課の役割】

主役である地区住民のサポート役

- ・活動内容の相談
- ・地区の活動に必要な物品の貸し出しの相談（DVD、パンフレット等）
- ・健康や介護予防の話など出前塾の開催
- ・百歳体操希望地区には物品の貸し出しや体力測定の実施

住民と両輪で地域の通いの場が増えていくように協力していきます。

【提出書類について】

- ① 事業開始の日までに長寿介護課（保健福祉センター内）に**実施計画書**を提出してください。
- ② 内容の審査後、市から**認定通知書**を実施総括責任者へ送付します。
- ③ 市から交付金を計画書に記入された口座に振込みます。（5月下旬）
- ④ すべての事業終了後、翌年度4月10日までに長寿介護課に**実績報告書**を提出してください。
- ⑤ 内容の確認後、市から**確定通知書**を実施総括責任者へ送付します。

_____年度 韮崎市地域まると介護予防推進事業
実施計画認定申請書兼概算払請求書

_____年 _____月 _____日

(宛先) 韮崎市長

韮崎市地域まると介護予防推進事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり実施計画を策定しましたので、認定いただきますよう申請します。

■事業実施団体および概算払請求者

地区名		町	地区	
地区長	氏名	〒	電話番号	日中ご連絡のつく番号をお願いします
	住所	〒 韮崎市		

地区長以外に実施総括責任者を委任する場合は、以下もご記入ください。

実施総括責任者	氏名	〒	電話番号	日中ご連絡のつく番号をお願いします
	住所	〒 韮崎市		

■事業実施計画

実施計画は別紙1のとおりです。

在宅で、事業に参加可能な重点対象者の人数は以下のとおりです。

A: 75歳以上	B: 65歳以上 ひとり暮らし	C: 重点対象者数 (A+B)	交付金申請額 (右表による)
人	人	人	円

重点対象者数別交付金額

10人未満	13,000円
10人～19人	26,000円
20人～29人	39,000円
30人～39人	52,000円
40人～49人	65,000円
50人～59人	78,000円
60人～69人	91,000円
70人以上	104,000円

※75歳以上かつ、ひとり暮らしの方は「B:65歳以上でひとり暮らし」に計上してください

また、実施計画の認定後は、韮崎市地域まると介護予防推進事業実施要綱第13条第2項の規定により、次のとおり交付金の概算払を請求します。

請求額	円		
金融機関名		支店名	支店
種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※口座番号や口座名義の誤りにご注意ください

(別紙1) 実施計画

※実施予定日が未確定な場合は、上旬・中旬・下旬等の表記でも構いません。

No.	実施予定日	実施内容	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

第3号様式（第10条関係）

_____年度韮崎市地域まるごと介護予防推進事業実施計画変更・中止届出書

_____年 _____月 _____日

(宛先) 韮崎市長

既に認定を受けた実施計画について、次のとおり（ 変更 ・ 中止 ）したいので、
韮崎市地域まるごと介護予防推進事業実施要綱第10条の規定により届け出します。

■ 事業実施団体

地区名	町		地区	
地区長	氏名	自署しない場合は記名押印してください	電話番号	日中連絡のつく番号をお願いします
	住所	〒 韮崎市		

地区長以外に実施総括責任者を委任している場合は、以下もご記入ください。

実施総括 責任者	氏名	自署しない場合は記名押印してください	電話番号	日中連絡のつく番号をお願いします
	住所	〒 韮崎市		

1 変更 ・ 中止

(理由)

2 変更内容

(変更前)

(変更後)

_____年度 蕪崎市地域まると介護予防推進事業実績報告書兼請求書

_____年 _____月 _____日

(宛先)蕪崎市長

蕪崎市地域まると介護予防推進事業を次のとおり実施しましたので、蕪崎市地域まると介護予防推進事業実施要綱第11条の規定により、その実績を報告します。

■事業実施団体および実績報告者

地区名		町	地区	
地区長	氏名		Ⓜ 電話番号	日中ご連絡のつく番号をお願いします
	住所	〒 蕪崎市		

地区長以外に実施総括責任者を委任している場合は、以下もご記入ください。

実施総括責任者	氏名		Ⓜ 電話番号	日中ご連絡のつく番号をお願いします
	住所	〒 蕪崎市		

1 事業実施状況

別紙1のとおり

2 事業収支

交付金について、次のとおり（ 精算 ・ 請求 ）します。

内訳は別紙2のとおり

交 付 済 金 額 _____ 円 ①概算払を受けた金額
 実 績 額 _____ 円 ②事業にかかった実績額（最大①の額）
 （ 精算 ・ 請求 ） 額 _____ 円 ①－②の金額

事業実施前の概算払を受けていない場合は、以下の口座情報を記入してください。

請 求 額	円		
金融機関名		支 店 名	支店
種 別	普通・当座・その他（ _____ ）	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

(別紙1) 事業実施状況

※重点対象者とは、「75歳以上の方」と「65歳以上でひとり暮らしの方」です

No.	実 施 日	実 施 内 容	参加者数		備 考
			重点対 象者※	その他 の方	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

(別紙2) 事業収支

■収入

項目	金額	備考
「まるごと」交付金	円	市からの交付金額
	円	
	円	
A. 収入合計	円	下記、B. 支出合計と一致すること

■支出

項目	金額	内容
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
B. 支出合計	円	上記、A. 収入合計と一致すること

■記入上の注意

1. 以下のものに交付金は使用できません
お祝い金、公民館等の備品購入、酒類、夜間に行われる無尽など
2. 交付金の残金がある場合は、「交付金の返金」に計上してください
3. 収入の合計 (A) と支出の合計 (B) が一致するように記入してください
4. 本事業に係る費用の支出に関する書類は、3年間保管してください