

○新富町地域介護予防活動支援事業助成金交付取扱要領

平成26年 7 月 1 日

訓令第 9 号

(目的)

第 1 条 この要領は、地域支援事業実施要綱（平成18年 6 月 9 日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）による一般介護予防事業の地域介護予防活動支援事業において、地域で自主的な介護予防を展開する教室等に対し、予算の範囲内で新富町地域介護予防活動支援事業助成金（以下「助成金」という。）を交付することで、介護予防に関する活動の普及啓発や主体的に介護予防に取り組む地域コミュニティづくりの促進を図り、もって高齢者の生活機能向上と地域で自立した生活の維持を目的とする。

（令 2 訓令 8 ・一部改正）

(定義)

第 2 条 この要領において、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) 地域介護予防活動事業 高齢者を対象に実施する運動器の機能向上事業、認知症、閉じこもり予防等の活動で、教室形式にプログラム化し毎月継続して行っている教室（以下「教室」という。）をいう。

(2) 高齢者 新富町介護保険第 1 号被保険者の全てのものをいう。

（平28訓令 7 ・一部改正）

(交付対象教室)

第 3 条 助成金の交付対象教室は、おおむね10名以上の高齢者を対象として、地域介護予防活動事業を自主的におおむね通年 1 年以上継続して実施している教室とする。

(助成対象経費)

第 4 条 助成の対象となる経費は、別表に掲げる額とする。

（令 2 訓令 8 ・一部改正）

(交付申請者)

第 5 条 交付申請者は、交付対象となる教室の代表者とする。

（令 2 訓令 8 ・一部改正）

(交付の申請)

第 6 条 交付申請者は、助成金の交付を申請するときは、新富町地域介護予防事業助成金交付申請書（様式第 1 号）を、また、次年度以降において教室を継続し助成金の交付を受ける場合は、新富町地域介護予防事業助成金継続交付申請書（様式第 2 号）を町長に提出しなければならない。

(教室の中止及び変更)

第7条 交付申請者は、教室を中止する場合や申請内容に変更が生じたときは、町長へ新富町地域介護予防事業変更・中止届出書（様式第3号）により届け出なければならない。

（事業実施の確認）

第8条 事業の実施確認は、あんしん長寿課が確認するものとする。

（令6訓令4・一部改正）

（助成金の支払）

第9条 助成金は、事業実施の確認後に額を確定し、精算払により交付するものとする。

ただし、町長は、事業の遂行上必要があると認めるときは、助成金を概算払により交付することができるものとする。

（令2訓令8・一部改正）

（委任）

第10条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この訓令は、公表の日から施行する。

附 則（平成28年3月29日訓令第7号）

この訓令は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（令和2年6月30日訓令第8号）

この訓令は、公表の日から施行する。

附 則（令和6年4月1日訓令第4号）

この訓令は、公表の日から施行する。

別表（第4条関係）

（平28訓令7・令2訓令8・一部改正）

地域介護予防活動事業経費	助成限度額
	専門的な指導の資格等を所持している方に対する報償費、賃借料等 ただし、教室1回当たり5,000円。（教室1回当たり5,000円未満の場合には支払額の90%を上限とする。）ひと月当たり20,000円（4回分）まで（年間の助成上限額は、240,000円）とする。

年 月 日

新富町長 殿

代表者 住所
氏名

㊞

新富町地域介護予防事業助成金交付申請書

年度において、下記のとおり地域介護予防教室を実施したいので、助成金を交付されるよう、新富町地域介護予防活動支援事業助成金交付取扱要領第6条の規定に基づき申請します。

記

※下記表の色付き欄にご記入ください

教室名	教室	実施場所	
参加人数	人	※町確認 <input type="checkbox"/> 新富町介護保険第1号被保険者おおむね10名以上	
教室開始年月日	年 月 日	※町確認 <input type="checkbox"/> 1年以上継続	
実施回数	月 回	<input type="checkbox"/> 通年実施している <input type="checkbox"/> 年間____回実施	※町確認 <input type="checkbox"/> 年間継続実施
現在の講師謝礼 (現在の支払方法と同じ欄に金額を記入してください。)	教室1回毎の支払 円	月支払 円	その他 () 円

交付対象者 (講師)	氏名		
	住所 連絡先(電話)	☎	
	資格		
	助成金振込口座	銀行名	支店名
口座番号		普通	
口座名義人カナ			

※町記入欄

助成額	1回毎支払	1回毎の支払(90%, 5,000円まで)×回数(4回まで)×12か月 _____円×_____回×12か月	助成額 円
	月払	ひと月の支払額(90%, 20,000円まで)×12か月 _____円×1回×12か月	

決裁

課長	課長補佐	係長	担当	受付日

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

新富町長 殿

教室名

氏 名

㊞

新富町地域介護予防事業助成金継続交付申請書

年度において、下記のとおり地域介護予防教室を継続して実施したいので、引き続き助成金を交付されるよう、新富町地域介護予防活動支援事業助成金交付取扱要領第6条の規定に基づき申請します。

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

新富町長 殿

教室名

氏 名

㊞

新富町地域介護予防事業変更・中止届出書

年度において申請しました地域介護予防教室の事業について、下記のとおり届け出をいたします。

記

1 教室を中止します。 終了年月日 年 月 日

2 教室の内容を変更します。

(1) 教室の実施回数の変更

(2) 講師の変更

(3) その他

変更の内容

様式第1号 (第6条関係)

様式第2号 (第6条関係)

様式第3号 (第7条関係)