

介護予防ギフトボックス事業 企業・団体等募集要領

1 名 称

介護予防ギフトボックス事業

2 目 的

高齢者が、企業・団体等が行っている様々な介護予防と考えられる活動に体験参加することにより、生活意欲を向上させるとともに、生活機能の維持向上を図り、閉じこもり状態や要介護状態へ移行しないようにすることを目的とする。また、体験教室を通して介護予防の大切さや、それらを継続して行っていくことの重要性を理解し、本事業が終了した後においても自立又は外部との交流を図りながら継続して介護予防に取り組んでいけるような意識の改善を行うことを最大の目標とする。

3 事業概要

(1) 事業の流れ

- ① 市は企業・団体等の事業実施計画を基に、企業・団体等が会員又は一般向けに通常実施している介護予防に資すると考えられる活動について、広報やチラシ等により市民へ周知を行う。
- ② 企業・団体等は、参加希望者を一定期間体験教室という形で受入れを行う。
- ③ 市は体験教室を実施した企業・団体等に対し、実績に基づき補助を行う。
- ④ 体験教室終了後も継続を希望する参加者は、その企業・団体等に加入をして活動を続ける。

(2) 対象者

申込締切日時点で、川口市の住民で65歳以上の要介護認定を受けていなく、利用を希望する教室又は活動の会員等でない者とする。また、運動等を行う教室に参加する者については、心疾患などにより医師から運動を禁止されていない者とする。

参加を希望する者は、企業・団体等へ電話等で直接申込みをする。企業・団体等は参加者の取りまとめを行い、参加者名簿を市へ提出する。

(3) 活動内容

「介護予防ギフトボックス事業に関する基準」を参照

(4) 体験教室参加者定員

体験教室の定員は、1教室最大40名を上限とし、各企業・団体等で受け入れることが可能な人数とする。

(5) 体験期間・回数等

実施期間は5月から3月までの11ヶ月間とする。

各教室は3ヶ月（10回程度）を1区切りとし、後述の実施例を参考に教室ごとに受入期間を決めるものとする。ただし、毎月受け入れる場合は、4期間までとする。

1企業・団体等当たり最大5教室までの登録とするが、新郷・安行・芝地区で実施する教室につ

いては、3教室まで追加登録を可能とする。(計8教室)

<体験教室実施例>

| | 前期 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | |
|-------------------|-------|---------|-------|-------|-----|----|-----|-----|-------|
| | 後期 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | | |
| A教室 3ヶ月 4期間 | 月初受入→ | 3ヶ月体験参加 | | | | | | | } 40名 |
| | | 月初受入→ | 〃 | | | | | | |
| | | | 月初受入→ | 〃 | | | | | |
| | | | | 月初受入→ | 〃 | | | | |
| B教室 3ヶ月 2期間 | 月初受入→ | 3ヶ月 | | | | | | | } 40名 |
| | | | | 月初受入→ | 〃 | | | | |
| C教室 3ヶ月 1期間 | | | | 月初受入→ | 3ヶ月 | | | | } 40名 |

4 補助金額上限

(1) 月会費

1参加者1ヶ月あたり月会費の半額(上限1,500円)

(2) 活動に参加するために必要となる器材費

1参加者あたり器材費の支払月において、1,500円から(1)の月会費の補助額を差し引いた額
詳しくは「介護予防ギフトボックス事業に関する基準」を参照

5 応募資格

本事業に申請することのできる企業・団体等は、以下の要件を全て満たしている者とする。

- (1) 別紙「介護予防ギフトボックス事業に関する基準」を満たしていること
- (2) 事業内容等の調整の必要な場合に、即時対応できる体制がとれること

6 申請方法

(1) 事業実施計画受付期間(パンフレット作成前)

【前期】令和6年1月31日(水)まで

【後期】令和5年6月3日(月)～6月28日(金)まで

※受付:川口市役所長寿支援課(第一本庁舎2階)

※受付後、事業内容等の確認及び調整をする場合があります。

(3) 質疑受付 ※FAXにて受付

【前期】令和6年1月30日(火)まで

【後期】令和6年6月28日(金)まで

7 提出書類

【随時受付】

| | | |
|---|---|-------------------|
| 1 | 【新規】川口市介護予防ギフトボックス事業登録申請書 | 1 企業・団体で 1 部 (※1) |
| 2 | 【新規】定款・規約・会則等 (役員や会計、会費等が記載されているもの) | 1 企業・団体で 1 部 (※1) |
| 3 | 【登録済】川口市介護予防ギフトボックス事業登録事項変更届出書 (登録内容に変更があった場合のみ) | 1 企業・団体で 1 部 (※2) |

【パンフレット作成前】

| | | |
|--|--------|-------------|
| | 事業実施計画 | 1 教室ごとに 1 部 |
|--|--------|-------------|

【体験教室終了後（随時）】

| | | |
|---|-------------------------------|------------------|
| 1 | 川口市介護予防ギフトボックス事業補助金交付申請書兼請求書 | 1 教室ごとに 1 部 |
| 2 | 川口市介護予防ギフトボックス事業実績報告書 | 1 教室ごとに 1 部 |
| 3 | 対象者一覧表 | 1 教室ごとに 1 部 |
| 4 | 月会費・器材費が確認できる書類（既に提出済の場合は省略可） | 1 教室ごとに 1 部 (※3) |

※1 新規の企業・団体のみ。以前登録した企業・団体に、登録内容に変更がある場合は、※2の変更届出書をご提出ください。

※3 器材費が確認できる書類については該当の企業・団体のみご提出ください。

8 問い合わせ先

川口市福祉部長寿支援課地域ケア係

電 話：048-271-9745

FAX：048-259-7668