

## 新潟市元気力アップ・サポーター制度実施要綱

### (目 的)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の4第1項に規定する地域支援事業として、高齢者の社会参加及び地域貢献を奨励、支援することにより介護予防を促進し、いきいきとした地域社会の形成に資することを目的に実施する元気力アップ・サポーター制度（以下「制度」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

### (定 義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 元気力アップ・サポーター制度 サポーターにサポート活動（別表1に定める活動をいう。以下同じ。）の実績に基づき評価ポイントを付与し、当該サポーターの申出により、当該ポイントに応じたポイント転換交付金を交付し、又は指定する団体等に寄附を行う制度をいう。
- (2) 管理機関 市から制度の運営に係る業務を受託した法人をいう。
- (3) サポーター 管理機関に申請書を提出し、制度に登録された者をいう。
- (4) 受入協力機関 市長に申請書を提出し、受入協力機関として指定された別表2に定める市内の施設、事業所等をいう。

### (業務の委託)

第3条 制度の運営に係る業務の一部については、管理機関に委託して実施するものとする。

2 管理機関が行う業務は、次のとおりとする。

- (1) 制度の研修・サポート活動の紹介
- (2) サポーターの受付け・登録
- (3) 活動手帳の交付
- (4) サポーターと受入協力機関への連絡調整
- (5) 評価ポイントの付与
- (6) 前各号に掲げる業務に付随する業務

### (対象者)

第4条 この制度の対象者は、市内に住所を有する介護保険の第1号被保険者とする。

### (サポーターの登録申請等)

第5条 この制度によりサポート活動を行おうとする者は、元気力アップ・サポーター登録申請書（別記様式第1号）を管理機関に提出するものとする。

2 管理機関は、前項の登録申請書の提出があった場合は、審査の上、サポーター登録台帳に登録するものとする。

3 管理機関は、前項の登録をした場合は、当該登録者に元気力アップ・サポーター活動手帳（以下「活動手帳」という。）を必要に応じて交付するものとする。

4 市長は、サポーターが受入協力機関の入所者や利用者を侮辱する行為や個人情報を漏洩する行為などに類する非行行為が認められ、かつ、市の指導に従わない場合は、登録を取り消すことができるものとする。

### (受入協力機関の指定申請等)

第6条 受入協力機関として指定を受けようとするものは、元気力アップ・サポーター受入協力機関指定申請書（別記様式第2号）を市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の申請書の提出があった場合は、受入協力機関としての指定の可否を決定し、元気力アップ・サポーター受入協力機関指定・却下決定通知書（別記様式第3号）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、前項の規定により受入協力機関としての指定の決定をした場合は、当該受入協力機関に活動確認スタンプ（別記様式第4号）を貸与するものとする。

4 受入協力機関は、前項の規定により貸与された活動確認スタンプを紛失した場合は、貸与スタンプ再貸与申請書（別記様式第4号の2）を市長に提出するものとする。

5 市長は、前項の申請書の提出があった場合は、当該受入協力機関に活動確認スタンプを再貸与するものとする。

6 受入協力機関は、氏名、活動日時及び活動内容を記載する台帳を整備し、必要に応じ、市に提出するものとする。

7 受入協力機関は、その指定の辞退する場合は、元気力アップ・サポーター受入協力機関指定辞退届出書（別記様式第5号）を市長に提出するものとする。

8 市長は、受入協力機関について、法令等に違反する行為及び受入協力機関として指定された別表2に定める事業を行っていないことが認められた場合は、その指定を取り消すことができるものとする。

9 前2項の規定により指定を辞退し、又は取消しをされた受入協力機関は、第3項の規定により貸与された活動確認スタンプを市長に返却するものとする。

（活動手帳の携帯）

第7条 サポーターは、サポート活動を行う場合は、活動手帳を携帯し、受入協力機関の求めに応じて提示するものとする。

（サポート活動の評価）

第8条 受入協力機関は、サポーターが当該受入協力機関でサポート活動を行った場合は、別表3の押印基準により活動手帳に活動確認スタンプ（以下「スタンプ」という。）を押印するものとする。ただし、同一の日に一のサポーターに対して押印することができるスタンプ（他の受入協力機関が押印したものを含む。）の数は、2個を限度とする。

（評価ポイントの転換及び付与）

第9条 管理機関は、サポーターが有するスタンプを評価ポイントに転換及び付与することができる。

2 前項の規定により転換する評価ポイントは、活動手帳に押印されたスタンプ1個につき1ポイントとし、当該年度において付与できるポイントは50ポイントを限度とする。

3 前項の規定によるポイント付与後にポイント未転換スタンプが生じても、次年度への繰越は行わない。

（ポイント転換交付金の交付等）

第10条 評価ポイントの取扱いは次のとおりとする。

（1）サポーターは、前条の規定により付与された評価ポイントを1ポイントにつき100円とし、ポイント転換交付金の交付を受け、又は指定する団体等に寄附することを求めることができる。

(2) 当該サポーターが介護保険料を滞納している場合は、前号の限りでない。ただし、第5項に規定する、サポート活動を行った日の属する年度の翌年度の4月1日若しくは転出又は死亡により申請書の提出があった日を基準日とし、その基準日から3か月以内に介護保険料の滞納が解消された場合は、前号のとおりとする。

2 ポイントの付与及びポイント転換交付金の交付等を希望するサポーターは、元気力アップ・サポーター制度ポイント付与及びポイント転換交付金交付等申請書（別記様式第6号）に活動手帳を添えて管理機関へ提出するものとする。

3 管理機関は、前項の申請書の提出があった場合は、前条第2項の規定により、スタンプをポイントに転換及び付与し、当該申請書を市長に送付するものとする。

4 市長は、前項の規定により送付を受けた申請書等について、当該申請書等を提出したサポーターがサポート活動を行った日の属する年度の末日現在の介護保険料の滞納状況を確認後、ポイント転換交付金の交付の可否を決定し、元気力アップ・サポーター制度ポイント転換交付金交付・不交付決定通知書（別記様式第7号）により通知するものとする。ただし、転出又は死亡の場合は、転出日又は死亡日の翌日の属する月の前月分までの介護保険料の滞納状況を確認するものとする。

5 第2項に規定する申請書の提出は、当該年度分として1回限りとし、サポート活動を行った日の属する年度の翌年度の4月1日から5月31日までに行うものとする。ただし、転出又は死亡により、年度途中において対象者の要件を欠いた場合は、当該事由が生じた日から申請書の提出ができるものとする。

（活動手帳の再交付等）

第11条 サポーターは、活動手帳を紛失した場合は、元気力アップ・サポーター活動手帳再交付申請書（別記様式第8号）を管理機関に提出するものとする。

2 管理機関は、前項の申請書の提出があった場合は、活動手帳を再交付するものとする。

3 管理機関は、サポーターが所有している活動手帳のスタンプ押印欄が満たされ、かつ、申出があった場合は、活動手帳を追加交付することができるものとする。

（研修等の実施）

第12条 管理機関は、サポート活動の実施に当たり、サポーターに対し研修を行うとともに、受入協力機関に対し十分な説明を行い、制度の円滑な運営に取り組むものとする。

（秘密の保持）

第13条 サポーターは、その活動により知り得た秘密を漏らしてはならない。また、サポーターを退いた後も、同様とする。

（苦情等の対応）

第14条 市長は、制度の実施により生じた苦情等について、受入協力機関及び管理機関と連携し対応するものとする。

（委任）

第15条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成24年2月13日から施行する。

2（平成25年9月30日までの間における受入協力機関の特例）

この要綱の施行の日から平成25年9月30日までの間における第2条第1項第4号の規定については、同条中「市内」とあるのは、「秋葉区及び南区」と読み替えるものとする。

(施行期日)

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成24年6月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成28年3月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成29年3月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成30年3月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、令和3年2月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、令和5年2月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(施行期日)

この要綱は、令和7年3月1日から施行する。

別表 1（第 2 条関係）

サポート活動の内容

- （1） レクリエーションなどの指導、参加支援
- （2） お茶だしや食堂内の配膳・下膳などの補助
- （3） 喫茶などの運営補助
- （4） 散歩、外出、館内移動の補助
- （5） 模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露などの施設行事の手伝い
- （6） 入所者・利用者の話し相手
- （7） その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動
- （8） その他市長が必要と認める活動

別表 2（第 2 条関係）

受入協力機関

- （1） 介護老人福祉施設
- （2） 介護老人保健施設
- （3） 介護医療院
- （4） 認知症対応型共同生活介護
- （5） 短期入所生活介護
- （6） 短期入所療養介護
- （7） 通所介護
- （8） 通所リハビリテーション
- （9） 認知症対応型通所介護
- （10） 小規模多機能型居宅介護
- （11） 看護小規模多機能型居宅介護
- （12） 特定施設入居者生活介護
- （13） 保育園
- （14） 障がい者支援施設等（入所・通所）
- （15） 公民館
- （16） 図書館
- （17） 病院
- （18） 特別支援学校
- （19） その他市長が必要と認める施設、事業所等

別表 3（第 8 条関係）

活動確認スタンプの押印基準

| 区分                          | スタンプ数 |
|-----------------------------|-------|
| 1 回の活動時間が<br>3 0 分以上 2 時間未満 | 1     |
| 1 回の活動時間が<br>2 時間以上         | 2     |

(表)

登録番号  
※管理機関記入

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）新潟市長

元気力アップ・サポーター登録申請書

私は、下記のとおり新潟市元気力アップ・サポーターとして登録を申請します。

記

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| 介護保険<br>被保険者番号 |                 |
| フリガナ           |                 |
| 氏 名            |                 |
| 生年月日           | 大正・昭和 年 月 日（ 歳） |
| 郵便番号           | 〒 ー             |
| 住 所            | 新潟市 区           |
| 電 話            |                 |

※以下管理機関確認欄

|                |                |
|----------------|----------------|
| 説明会受講          | 活動手帳の交付        |
| 受講年月日<br>年 月 日 | 交付年月日<br>年 月 日 |

## 個人情報保護に関する誓約書

施設・事業所等宛

私は、施設・事業所等でサポート活動を行うにあたり、施設・事業所等内の個人情報保護に関する諸規定を遵守いたします。

私は、活動中はもちろん、終了後においても、サポート活動中に知り得た利用者等の個人情報を正当な事由なく第三者に漏らしません。以上、誠実に遵守することを誓います。

署 名 \_\_\_\_\_

### ※ 受入協力機関について

- ・ 受入協力機関への連絡調整を希望する。
- ・ 受入協力機関への連絡調整は希望しない。

※ 元気力アップ・サポーター登録申請書に記載いただいた個人情報については、元気力アップ・サポーター制度のみに利用し、その他の目的以外には利用しません。

(表)

別記様式第2号(第6条関係)

年 月 日

(宛先)新潟市長

元気力アップ・サポーター受入協力機関指定申請書

新潟市元気力アップ・サポーターの受入協力機関の指定について申請します。

【申請者】

事業所(名称)

介護保険事業所番号

郵便番号

住所

代表者氏名

(法人名)

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 区分   | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護<br><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護<br><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護<br><input type="checkbox"/> 通所介護<br><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護<br><input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める施設、事業所等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護<br><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 保育園<br><input type="checkbox"/> 障がい者支援施設等(入所・通所)<br><input type="checkbox"/> 公民館<br><input type="checkbox"/> 図書館<br><input type="checkbox"/> 病院<br><input type="checkbox"/> 特別支援学校 |
| 活動内容 | <input type="checkbox"/> レクリエーションなどの指導、参加支援<br><input type="checkbox"/> お茶だしや食堂内の配膳・下膳などの補助<br><input type="checkbox"/> 喫茶などの運営補助<br><input type="checkbox"/> 散歩、外出、館内移動の補助<br><input type="checkbox"/> 模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露などの施設行事の手伝い<br><input type="checkbox"/> 入所者、利用者の話し相手<br><input type="checkbox"/> その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|            |    |         |
|------------|----|---------|
| 区分         | 氏名 | 連絡先電話番号 |
| スタンプ管理者    |    |         |
| サポーター受入担当者 |    |         |
| 電子メールアドレス  |    |         |

(裏)

サポーター募集の具体的な内容

|                    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| サービスの種類            |    |    |    |    |    |    |    |
| 受入希望日時             | 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
| 時間帯                | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 |
|                    | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 |
| 受入希望人数             |    |    |    |    |    |    |    |
| 具体的な募集内容<br>主な活動場所 |    |    |    |    |    |    |    |
| 施設・事業所の PR         |    |    |    |    |    |    |    |

|                    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| サービスの種類            |    |    |    |    |    |    |    |
| 受入希望日時             | 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
| 時間帯                | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 |
|                    | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 |
| 受入希望人数             |    |    |    |    |    |    |    |
| 具体的な募集内容<br>主な活動場所 |    |    |    |    |    |    |    |
| 施設・事業所の PR         |    |    |    |    |    |    |    |

|                    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| サービスの種類            |    |    |    |    |    |    |    |
| 受入希望日時             | 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
| 時間帯                | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 |
|                    | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 |
| 受入希望人数             |    |    |    |    |    |    |    |
| 具体的な募集内容<br>主な活動場所 |    |    |    |    |    |    |    |
| 施設・事業所の PR         |    |    |    |    |    |    |    |

年 月 日

事業所（名 称）  
代表者 様

新潟市長 印

元気力アップ・サポーター受入協力機関 指定・却下 決定通知書

年 月 日付で申請があった新潟市元気力アップ・サポーター受入協力機関の  
指定に係る申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 以下のとおり決定する。

| 介護保険事業所番号 | 決定内容  | 受入協力機関指定番号 | 貸与スタンプ<br>NO |
|-----------|-------|------------|--------------|
|           | 指定・却下 |            |              |

2

1 で却下と決定した理由

別記様式第4号（第6条関係）  
貸与するスタンプ



年 月 日

（宛先）新潟市長

貸与スタンプ再貸与申請書

下記のとおり新潟市元気力アップ・サポーターの受入協力機関の指定に係る貸与スタンプの再貸与を申請します。

記

1. 再貸与申請事由

2. 受入協力機関指定時に貸与したスタンプ番号

3. 貸与スタンプの管理にかかる確認事項

- ① 貸与スタンプは、適切な注意義務を払い管理保管します。
- ② 貸与スタンプは、新潟市元気力アップ・サポーター制度の目的以外には使用しません。
- ③ 貸与スタンプを紛失した場合は、直ちに市へ連絡します。
- ④ 受入協力機関を辞退した場合は、直ちに貸与スタンプを返却します。

【申請者】

事業所（名 称）

受入協力機関指定番号

住 所

代表者氏名

年 月 日

（宛先）新潟市長

元気力アップ・サポーター受入協力機関指定辞退届出書

新潟市元気力アップ・サポーターの受入協力機関の指定を辞退します。

【届出者】

事業所（名 称）

介護保険事業所番号

郵便番号

住 所

代表者氏名

（法人名）

|     |                                              |                                           |
|-----|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 区 分 | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設            | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護      |
|     | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設            | <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護    |
|     | <input type="checkbox"/> 介護医療院               | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護      |
|     | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護        | <input type="checkbox"/> 保育園              |
|     | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護            | <input type="checkbox"/> 障がい者支援施設等（入所・通所） |
|     | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護            | <input type="checkbox"/> 公民館              |
|     | <input type="checkbox"/> 通所介護                | <input type="checkbox"/> 図書館              |
|     | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション         | <input type="checkbox"/> 病院               |
|     | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護          | <input type="checkbox"/> 特別支援学校           |
|     | <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める施設、事業所等 |                                           |

|            |           |
|------------|-----------|
| 受入協力機関指定番号 | 返却スタンプ NO |
|            |           |

市確認欄

スタンプ返却年月日  
年 月 日

※市が貸与している活動確認スタンプと併せて提出して下さい。

受付印

年 月 日

（宛先）新潟市長

年度 元気力アップ・サポーター制度ポイント付与及びポイント転換交付金交付等申請書

私は、次のとおり元気力アップ・サポーター活動スタンプを活用し、評価ポイントへの転換及びポイント転換交付金の交付等を申請します。併せて、ポイント転換交付金の交付等審査のため、介護保険料の収納状況を確認することに同意します。

【申請者情報】

|              |  |                                                                                                      |
|--------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護保険被保険者番号   |  | 申請手続き <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 |
| 申請者氏名（活動者本人） |  | 生年月日                                                                                                 |
| (フリガナ)       |  | 大正・昭和                                                                                                |
|              |  | 年 月 日（ 歳）                                                                                            |
| 住所・電話番号      |  |                                                                                                      |
| 〒            |  |                                                                                                      |
| 新潟市 区        |  |                                                                                                      |
| (電 話) ( )    |  |                                                                                                      |

【評価ポイント】

|                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| 評価ポイント数                  | ポイント転換交付金の算定額                         |
| _____ポイント<br>※最大 50 ポイント | _____ポイント×100 = _____円<br>※上限 5,000 円 |

【交付金の受取方法】

A、B どちらか希望する受取方法のチェック欄に ☒ を記入してください。

☐ A. 指定の金融機関口座への振込みを希望します。→「通帳の写し」を添付

☐ B. 「新潟市社会福祉協議会（災害支援）」に寄付します。

→下記の「委任状」に署名いただき、匿名希望の有無をお知らせください。

|                                                  |                                                                              |            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ＜委任状＞<br>上記の団体にポイント転換交付金の債権受領に関する権限の一切を委任します。    |                                                                              |            |
| 氏 名                                              |                                                                              |            |
| 寄付先への匿名希望の有無 <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 氏名等を知らせても構わない。<br><input type="checkbox"/> 匿名を希望する。 | 受任者<br>処理欄 |

※必要事項をご記入のうえ、活動手帳等と一緒に提出してください。

| 管理機関確認欄 |        |       |
|---------|--------|-------|
| スタンプ数   | 被保険者番号 | 通帳の写し |
|         |        |       |

年 月 日

様

新潟市長

印

元気力アップ・サポーター制度ポイント転換交付金 交付・不交付決定通知書

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、先日申請をいただきました元気力アップ・サポーター制度ポイント転換交付金について、審査をさせていただいたところ、下記のとおり決定したので通知します。

【決定内容】

- ☐ 交付  
☐ 不交付

【決定額】

\_\_\_\_\_円（ \_\_\_\_\_ポイント）

【交付・寄附の別】

- ☐ 交付  
☐ 寄附 寄附先名称\_\_\_\_\_ 実名 ・ 匿名

【不交付の理由】

- ☐ 申請者である\_\_\_\_\_様の介護保険料に滞納があるため  
☐ その他

|         |
|---------|
| 登録番号    |
| ※管理機関記入 |

年 月 日

（宛先）新潟市長

元気力アップ・サポーター活動手帳再交付申請書

私は、下記のとおり新潟市元気力アップ・サポーター活動手帳の再交付を申請します。

記

|                |                                                                |
|----------------|----------------------------------------------------------------|
| 介護保険<br>被保険者番号 |                                                                |
| フリガナ           |                                                                |
| 氏 名            |                                                                |
| 生年月日           | 大正・昭和 年 月 日（ 歳）                                                |
| 郵便番号           | 〒 ー                                                            |
| 住 所            | 新潟市 区                                                          |
| 電 話            |                                                                |
| 再交付申請事由        | <input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |

|                 |
|-----------------|
| 管理機関確認欄         |
| 再交付年月日<br>年 月 日 |