様式第２号（第１１条関係）

事業計画書（　　年度）

実施主体名

実施期間	年　　月　～　　年　　月		
実施区域 ※自治会・町内会の区域を最小単位とし、それ以上とする			
従事者数	人		
利用調整役 ※１人以上配置が必要	氏名： 氏名：	氏名： 氏名：	
受付連絡先（電話番号）	TEL：		
利用者負担（利用料）	□あり（内容　　） □なし		
年会費等	□あり（入会金＿＿＿＿＿円、年会費＿＿＿＿＿＿円） □なし		
加入（予定）保険会社名		保険の種類	
支援実施内容 ※新潟市住民主体の訪問型生活支援実施要綱別表第１に規定する項目のうち１つ以上の実施が必須			

上記の内容について，新潟市住民主体の訪問型生活支援実施要綱第２０条の規定に基づき公表するとともに，関係機関に情報提供することを同意します。

新潟市住民主体の訪問型生活支援実施要綱第９条に規定する，遵守すべき事項について，以下の項目を確認し，チェックをお願いします。

□事故発生時の対応として，傷害保険や賠償責任保険への加入
□従事者又は従事者であった者の秘密保持
□従事者の清潔保持，健康状態の管理
□活動を廃止又は休止する際の事前の届出と利用者への配慮