

社会福祉法人精華町社会福祉協議会  
ふれあいサポート事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、日常生活を営むのに支障があり、なんらかの理由で他の福祉サービスの利用等が困難な方に対して、住民相互の助け合いによる福祉サービスを提供することで、在宅福祉の充実と住民の福祉活動への参加意識の向上に資することを目的とする。

(名称)

第2条 この事業は、「社会福祉法人精華町社会福祉協議会ふれあいサポート事業」(以下「本事業」という。)という。

(事業の実施主体)

第3条 本事業の実施主体は、社会福祉法人精華町社会福祉協議会(以下「本会」という。)とする。

(事業)

第4条 本会は本事業の目的を達成するため、次の活動を行うものとする。

- (1) 事業の啓発に関すること
- (2) 会員の発掘と養成に関すること
- (3) サービスの需要調整と会費等の受払い業務に関すること
- (4) その他目的達成に必要な事項に関すること

(会員)

第5条 この事業は会員制で行うこととし、その種類は次に掲げるものとする。

- (1) 利用会員 町内に居住し、なんらかの事情によって日常生活を営むのに支障があり、他の福祉サービスの利用等が困難な方
- (2) 協力会員 本会協力会員設置要綱の定めによる。
- (3) 賛助会員 本事業の趣旨に賛同し、自発的に資金等を援助する者とする。

(利用会員の登録)

第6条 前条第1号に規定する登録を希望する者は、ふれあいサポート事業登録申請書(別記様式第1号)を本会に提出し、本会は内容を確認した上で、申請者に対して速やかにふれあいサポート事業登録通知書(別記様式第2号)

を交付しなければならない。

(会費)

第7条 会費は、別に定める額とし、登録時に一括納入するものとする。

なお、会費は年度途中で退会しても返還は行わないものとする。

(会員資格の喪失)

第8条 会員は、次の各号の1つに該当したときは、資格を喪失するものとする。

- (1) 退会を申し出たとき
- (2) 死亡したとき
- (3) 町外に転出したとき
- (4) その他会長が会員として不相当と認めたとき

(サービスの内容)

第9条 この事業のサービス内容は、別に定める必要な事項とする。

(サービスの申し込み)

第10条 サービスの提供を受けようとする利用会員は、サービスの提供を受けようとする日の1週間前までに電話または本会窓口へ直接申し込むものとする。

(サービスの取り消し)

第11条 本会は、サービスを受けている利用会員が次の各号に該当するときサービスの提供を取り消すことができる。

- (1) サービスを必要としない旨の申し出があったとき
- (2) 第8条に規定する資格の喪失があったとき
- (3) その他、サービスの提供を行うことが不相当と認められるとき

2 会長は、前項の規定によりサービスの提供を取り消そうとするときは、必要に応じて実態調査を行い、速やかに可否を決定し、当該利用会員に通知するものとする。

(費用の負担)

第12条 第9条の規定によるサービスの提供を受けた利用会員は、別に定める費用を負担しなければならない。

2 利用会員は、第1項に定める費用をサービス終了後、遅滞なく本会に対し

て支払わなければならない。

(研修)

第13条 本会は、協力会員の意識の向上と技術の習得を図るため、必要に応じて研修を行うものとする。

(秘密の保持)

第14条 協力会員は、活動上知り得た秘密事項及び利用会員の個人情報を登録中及び登録終了後も他に漏らしてはいけない。

(保険の加入)

第15条 本会は、本事業の活動中の事故に備えて、賠償責任保険及び協力会員に対する傷害保険に加入するものとする。

(事業財源)

第16条 本事業に要する財源は、補助金、共同募金配分金、会費、負担金、寄付金をもって充てる。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は会長が定める。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

別記様式第1号（第6条関係）

ふれあいサポート事業登録申請書

年 月 日

(福) 精華町社会福祉協議会  
会長 様

申請者  
氏 名 印  
住 所  
電話番号

ふれあいサポート事業実施要綱に基づき、ふれあいサポート事業の利用会員の登録を次のとおり申請します。

また、利用登録申請時に記入した下記の項目を協力会員に情報提供することに同意いたします。

なお、不可抗力により発生した事故については、異議申し立てをいたしません。

対象者	住 所	精華町	電話番号	
	フリガナ		男	明・大・昭・平
	氏 名		女	年 月 日 ( 歳)
緊急連絡先	住 所		電話番号	
	氏 名		続 柄	
サービスを必要とする理由				
かかりつけの医療機関				
備 考				

精社協地発第 号  
年 月 日

ふれあいサポート事業登録通知書

様

（福）精華町社会福祉協議会  
会長

年 月 日付けで申請のあったふれあいサポート事業の利用登録について、下記のとおり登録しましたので、通知いたします。

なお、実際にサービスを利用するときは、利用しようとする日の1週間前までに電話または精華町社会福祉協議会窓口へ申し込みしてください。

利用登録者	住所	電話番号	
	フリガナ 氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
緊急連絡先	住所	電話番号	
	氏名	続柄	
備考			

登録番号	
------	--