

社会福祉法人五城目町社会福祉協議会 ミニデイサービス事業実施要綱

1. 目的

この事業は高齢の一人暮らしで外出することもなく閉じこもりがちで孤独感や不安、寂しさを抱えながら生活している者を対象に入浴をしながら交流を図り、生きがいを与えると同時に健康保持に努めることを目的とする。

2. 実施日及び送迎

毎月1回第3水曜日 社協のワゴン車利用。

3. 場所

町内各温泉施設。 (赤倉山荘・小倉温泉・湯ノ越温泉)

4. 対象者

町内在住者で75歳以上の一人暮らしで外出することなく閉じこもりがちな高齢者であり、日常生活自立度Ⅰに相応の方。

介護保険サービス等の通所介護（デイサービス）利用者は除く。

5. 申請、決定

利用希望者はミニデイサービス事業利用申請書（様式第1号）を社協会長へ提出しなければならない。

社協は申請内容を審査し、決定・不承認通知書（様式第2号）により申請者及び担当民生委員へ通知するものとする。

6. 内容

入浴・昼食・昼寝等。

7. 持ち物

タオル・セッケン・昼食を持参。

8. 参加費

その都度入浴代実費 その他の経費については社協で負担。

9. 世話人

町のボランティア連絡協議会が担当する。

附 則

この要綱は平成15年4月1日から施行する。

この要綱は令和2年9月1日から施行する。

この要綱は令和7年4月1日から施行する。

(様式第1号)

五城目町社会福祉協議会 ミニデイサービス事業利用申請書

令和 年 月 日

五城目町社会福祉協議会
会 長

様

申請者 住 所

氏 名

⑩

利用者氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ()		
電 話			
開始年月日	令和 年 月 日		
担当民生委員		電話番号	
緊急連絡先	例：娘（市町村名）	電話番号	

利用者の健康状況

通院している病名	薬を内服しているか（○か×）	病院名
例）高血圧	○	湖東病院（循環器）
アレルギーの有無 （ある場合のみかく）	（薬剤） （食品）	

(様式第2号)

令和 年 月 日

様

社会福祉法人五城目町社会福祉協議会
会 長 ⑩

ミニデイサービス利用決定・不承認通知書

令和 年 月 日付で申請のあったミニデイサービス利用については、次のとおり
(決定・不承認)したので通知します。

利用者氏名	歳
内 容	決定 不承認
	基本、月の第三水曜日に開催する。
利用者負担金	入浴料金
その他	申請事項等に変更が生じた場合は、速やかに届け出てください。