

## 伊勢原市介護支援ボランティアポイント事業実施要綱

(趣旨)

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項第2号に規定する要介護状態等となることを予防する事業として、高齢者の社会参加及び地域貢献を奨励かつ支援し、ボランティア活動を通じて高齢者自らの介護予防を促進するとともに、元気な高齢者が暮らす地域社会を作ることを目的とする介護支援ボランティアポイント事業（以下「本事業」という。）の実施について、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 本事業の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 法第9条第1号に規定する第1号被保険者で市内に住所を有するもの
- (2) 要支援又は要介護の認定を受けていない者又は介護予防・日常生活支援総合事業の対象者でない者
- (3) 介護保険料の未納がない者
- (4) 伊勢原市暴力団排除条例（平成23年伊勢原市条例第12号）第2条第3号に掲げる暴力団員（以下「暴力団員」という。）に該当しない者

(ボランティア活動の範囲)

第3条 市長が指定するボランティア活動の範囲は、本事業によるボランティア活動を受け入れる機関（以下「受入機関」という。）で行う活動のうち、別表のとおりとする。

(ボランティア登録)

第4条 本事業によりボランティア活動を行おうとする者は、伊勢原市介護支援ボランティア登録申請書（第4号様式）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を提出した者が第2条各号の要件を満たしていると認めて登録したときは、当該者（以下「介護支援ボランティア」という。）に介護支援ボランティア手帳（以下「手帳」という。）を交付する。

3 手帳の様式は、別に定める。

4 介護支援ボランティアは、受入機関で活動を行う際は、手帳を常に携帯しなければならない。

5 手帳は、交付された日が属する年度及びその翌年度内（以下「1期間」という。）に限り有効とし、更新することができる。

6 市長は、介護支援ボランティアに明らかな非行行為が認められ、市の指導に従わない場合は、有効期間中であっても手帳の返還を求めることができる。

(受入機関)

第5条 受入機関は、次の各号のいずれかに該当するもののうち、市長が指定するものとする。

- (1) 市内の介護保険適用施設
- (2) その他市長が必要と認めるもの

2 受入機関が前項の指定を受けようとするときは、伊勢原市介護支援ボランティア受入機関指定申請書（第1号様式）により、市長へ申請しなければならない。

3 市長は、前項の申請に基づき指定したとき、又は却下したときは、伊勢原市介護支援ボランティア受入機関指定・却下決定通知書（第2号様式）により申請者に通知するものとする。

4 市長は、既に指定を受けていた受入機関について、法令の遵守等に違反する行為が認められた場合には、その指定を取り消すことができる。

5 市長は、受入機関の指定を取り消したときは、伊勢原市介護支援ボランティア受入機関指定取消決定通知書（第3号様式）により通知するものとする。

（ポイントの付与）

第6条 受入機関は、第4条に規定するボランティア活動の実績に対し、介護支援ポイント（以下「ポイント」という。）として、概ね1時間につき1ポイントを付与し、手帳に活動確認スタンプ（以下「スタンプ」という。）を1個押印するものとする。

2 ポイントの付与については、1日当たり2ポイントを上限（1日に2時間以上又は2か所以上でボランティア活動を行ったときも同様とする。）とし、1期間当たり50ポイントを上限とする。

3 介護支援ボランティアは、付与されたポイントを第三者に譲渡することはできない。

4 スタンプの印影は、別に定めるものとする。

5 介護支援ボランティアが、活動期間中に手帳を紛失した場合は、新たな手帳を交付するものとし、それまでのスタンプは再交付しないものとする。

（ポイントの換金）

第7条 介護支援ボランティアは、その取得したポイントの合計数に応じ、ポイント換金可能期間（以下「申請期間」という。）にポイントの換金を市長に申請することができる。ただし、市長が無効と認めるポイントが存在したときは、そのポイントを合計数から除外するものとする。

2 ポイントの換金は、1ポイント100円とし、10ポイントから換金できるものとする。ただし、1期間に換金できるポイントの上限は、50ポイントとする。

3 介護支援ボランティアは、取得したポイントの換金を希望するときは、伊勢原市介護支援ボランティアポイント換金申請書兼請求書（第5号様式）に手帳を添えて、市長に提出しなければならない。

4 市長は、前項の規定による申請をした者に、伊勢原市介護支援ボランティアポイント換金決定通知書（第6号様式）を通知するとともに、換金を行うものとする。

5 ポイントの換金は、申請期間内に申請を行わなければならない。申請期間中に申請がなかったときは、ポイントを換金する権利は、消滅するものとする。

6 市長は、第3項の規定による申請をした者が、次の各号のいずれかに該当したときは、ポイントの換金を行わないものとする。

(1) 介護保険料の滞納が確認されたとき。

(2) ポイントの不正な取得が確認されたとき。

(3) 換金可能なポイントが存在しないとき。

(4) 暴力団員に該当するとき。

7 市長は、偽りその他の不正の行為により、換金の交付を受けたものに対し、直ちに当該換金の返還を請求することができる。

(個人情報保護)

第8条 介護支援ボランティアは、本事業に基づく活動を行って知り得た個人に関する情報は、正当な理由なしに他人に漏らしてはならない。また、本事業に基づく活動を退いた場合も同様とする。

(業務委託)

第9条 市長は、本事業の実施に当たり、必要な業務を委託することができる。

(委任)

第10条 この要綱に規定するもののほか、本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 この告示は、平成29年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 平成29年度中に手帳の交付を受けた者の申請期間については、平成30年4月1日から平成31年3月31日までとする。

別表（第3条関係）

ボランティア活動の範囲

介 護 支 援 ボ ラ ン テ ィ ア 活 動	(1) レクリエーション等の指導、参加支援
	(2) 施設の催事に関する手伝い (模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露)
	(3) 散歩、外出、屋内移動の補助
	(4) 話し相手・傾聴
	(5) お茶出し、食堂内での配膳・下膳等の補助
	(6) 施設職員とともに行う軽微かつ補助的な作業 (清掃・草刈の補助、洗濯物の整理等)
	(7) その他市長が必要と認める活動

第1号様式（第4条関係）

伊勢原市介護支援ボランティア登録申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり申請します。

介護保険 被保険者番号		
フリガナ		男 ・ 女
氏 名		
住 所	伊勢原市	
電話番号	自宅	携帯
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 （ 歳）	
<b>【同意欄】</b>  本申請書の提出により、伊勢原市が、事務執行に必要な次の情報について照会すること及び本申請書に記載された内容を必要に応じて受入機関に情報提供することについて同意いたします。 (1) 居住の状況及び介護保険第1号被保険者であることの情報 (2) 要介護等認定の有無 (3) 介護保険料の納付状況  <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">同意者署名 _____ 印</p>		

第2号様式（第5条関係）

伊勢原市介護支援ボランティア受入機関指定申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり申請します。

事業所名	
所在地	伊勢原市
連絡先	担当名
受入を希望する活動区分 （□に✓をつける 複数回答可）	<input type="checkbox"/> ① レクリエーション等の指導、参加支援 <input type="checkbox"/> ② 施設の催事に関する手伝い （模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露） <input type="checkbox"/> ③ 散歩、外出、屋内移動の補助 <input type="checkbox"/> ④ 話し相手・傾聴 <input type="checkbox"/> ⑤ お茶出し、食堂内での配膳・下膳等の補助 <input type="checkbox"/> ⑥ 施設職員とともに行う軽微かつ補助的な作業 （清掃・草刈の補助、洗濯物の整理等） <input type="checkbox"/> ⑦ その他市長が必要と認める活動 （ )
その他 （注意事項等）	

第3号様式（第5条関係）

伊勢原市介護支援ボランティア受入機関指定・却下決定等通知書

年 月 日

伊勢原市長

年 月 日付で申請のありました介護支援ボランティアポイント受入機関の指定については、次のとおり決定したので通知します。

事業所名			
所在地	伊勢原市		
指定年月日	年 月 日	指定番号	
決定区分	<input type="checkbox"/> 指定する <input type="checkbox"/> 指定しない (理由 )		
受入区分 ( <input checked="" type="checkbox"/> がついて いる活動)	<input type="checkbox"/> ① レクリエーション等の指導、参加支援 <input type="checkbox"/> ② 施設の催事に関する手伝い (模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露) <input type="checkbox"/> ③ 散歩、外出、屋内移動の補助 <input type="checkbox"/> ④ 話し相手・傾聴 <input type="checkbox"/> ⑤ お茶出し、食堂内での配膳・下膳等の補助 <input type="checkbox"/> ⑥ 施設職員とともに行う軽微かつ補助的な作業 (清掃・草刈の補助、洗濯物の整理等) <input type="checkbox"/> ⑦ その他市長が必要と認める活動 ( )		
備考			

第4号様式（第5条関係）

伊勢原市介護支援ボランティア受入機関指定取消決定通知書

年 月 日

伊勢原市長

年 月 日付で指定した介護支援ボランティアポイント受入機関については、次のとおり指定を取り消したので通知します。

事業所名			
所在地	伊勢原市		
取消年月日	年 月 日	指定番号	
取消理由			
受入区分	<input type="checkbox"/> ① レクリエーション等の指導、参加支援 <input type="checkbox"/> ② 施設の催事に関する手伝い （模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露） <input type="checkbox"/> ③ 散歩、外出、屋内移動の補助 <input type="checkbox"/> ④ 話し相手・傾聴 <input type="checkbox"/> ⑤ お茶出し、食堂内での配膳・下膳等の補助 <input type="checkbox"/> ⑥ 施設職員とともに行う軽微かつ補助的な作業 （清掃・草刈の補助、洗濯物の整理等） <input type="checkbox"/> ⑦ その他市長が必要と認める活動 （ ）		
備考			



第5号様式（第7条関係）

伊勢原市介護支援ボランティアポイント換金申請書兼請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり請求します。

申請者名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名			No.
住 所	伊勢原市		
電話番号			
対象ポイント	ポイント	請求金額	¥ _____ 円

振込先

金融機関名	銀行・信金 信組・農協		支店 支所
口座番号	_____	口座別	普通 ・ 当座
フリガナ	_____		
口座名義人	_____		

第6号様式（第7条関係）

伊勢原市介護支援ボランティアポイント換金決定通知書

年 月 日

伊勢原市長

年 月 日付で申請のありました介護支援ボランティアポイント換金については、次のとおり決定したので通知します。

氏 名		No.
住 所	伊勢原市	
決定区分	<input type="checkbox"/> 支給する <input type="checkbox"/> 支給しない（理由 ）	
金 額	¥ _____ 円	