

## 函館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）第115条の45に規定する地域支援事業のうち同条第1項第2号に規定する一般介護予防事業として、高齢者が介護支援ボランティアポイントの対象となる活動（以下「介護支援ボランティア活動」という。）を通じて地域貢献することを奨励および支援し、もって高齢者自身の社会参加活動を通じた介護予防を推進することを目的とする函館市介護支援ボランティアポイント事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

### (実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市（以下「市」という。）とする。ただし、事業の一部について、市が適当と認める者（以下「管理機関」という。）に対し、その実施を委託するものとする。

### (対象者)

第3条 事業の対象者は、次に掲げるものとする。

- (1) 市内に住所を有する40歳以上で、かつ、介護保険法に基づく要介護認定を受けていないもの。
- (2) 函館市介護予防体操推進事業実施要綱（平成28年8月28日制定。以下「体操要綱」という。）第2条に規定する介護予防体操リーダー

### (介護支援ボランティア活動)

第4条 介護支援ボランティア活動は、次に掲げるものとする。

- (1) ボランティア活動を受け入れる施設（以下「受入施設」という。）において、前条第1号の者が行うボランティア活動
- (2) 介護予防体操リーダーが行う体操要綱第6条第4項に規定する介護予防活動等

### (事業の概要)

第5条 事業は、第3条に規定する対象者の活動実績に応じてポイントを付与し、その対象者の申出により、ポイントの換金等を行うものとする。

- 2 ポイントは、1時間の活動につき1ポイントを付与することとし、1日2ポイントを上限として付与する。
- 3 ポイントの換金等は、1ポイントを100円として算定を行い、1年間で5,000円を上限とする。
- 4 介護支援ボランティア活動を行おうとする者は、管理機関が実施する研修を修了したうえで、介護支援ボランティア登録申請書（様式第1号）を管理機関に提出するものとする。
- 5 管理機関は、前項の申請書の提出があった場合には、これを審査し、適当と認めるときは、登録台帳に介護支援ボランティアとして登録し、かつ、函館市介護支援ボランティア手帳（以下「ボランティア手帳」という。）（様式第2号）を交付するものとする。

6 介護支援ボランティアは、受入施設に自ら申込み、調整したうえで、その活動を行うものとする。

7 介護予防体操リーダーについては、第4項から前項までの規定は適用せず、体操要綱の規定に基づき名簿登録および活動を行うものとする。

(ボランティア手帳)

第6条 ボランティア手帳は、1年を単位として、1人1冊使用するものとする。ただし、1年は1月から同年12月までとする。

2 管理機関は、ボランティア手帳の汚損、破損、紛失等の理由により再交付の求めがあったときは、ボランティア手帳を再交付するものとする。

(受入施設)

第7条 受入施設は、次の各号のいずれかに該当する市内の施設であって、あらかじめ管理機関から指定を受けなければならない。

(1) 介護保険事業所のうち居宅サービス事業所（訪問および福祉用具サービス事業所を除く。）および地域密着型サービス事業所（訪問サービス事業所を除く。）ならびに介護保険施設

(2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第27項に規定する地域活動支援センターおよび第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等

2 受入施設が第1項の指定を受けようとするときは、介護支援ボランティア活動受入施設指定申請書（様式第3号）により、管理機関に申請しなければならない。

3 管理機関は、前項の申請に基づき、指定または却下したときは、介護支援ボランティア活動受入施設指定・却下決定通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

4 管理機関は、既に指定を受けている受入施設について、その指定を取消したときは、介護支援ボランティア活動受入施設指定取消通知書（様式第5号）により当該受入施設に通知するものとする。

5 受入施設は、介護支援ボランティア活動が行われた場合は、対象者に対し、その活動時間に応じたポイントについて、管理機関から貸与されたスタンプを1ポイントにつき1個としてボランティア手帳に押印するほか、介護支援ボランティア活動実施記録簿（様式第6号）にその活動実績を記録するものとする。

6 受入施設は、前項の記録簿を月毎に作成したうえで、その写しを翌月の10日までに管理機関に提出するものとする。

7 受入施設は、介護支援ボランティアから申込みがあったときは、その活動の調整について協力するものとする。

(介護予防体操リーダーの付与ポイント)

第8条 市は、介護予防体操リーダーが体操要綱第6条第6項の規定により報告した活動実績に基づき付与ポイント数を集計し、登録者情報とともに翌年1月までに管理機関に提供するものとする。

(ポイント付与期間および有効期限)

第9条 ポイントの付与は、1月1日から同年12月31日までの1年間とする。

2 ポイントは、ポイントの付与を受けた日の属する年の翌年の2月末日まで、その効力を有するものとする。

(ポイントの換金等)

第10条 ポイントを換金もしくは国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律(平成24年法律第50号)第2条第4項に規定する障害者就労施設等が製作した商品(以下「商品」という。)に交換しようとする者は、介護支援ボランティア活動ポイント換金等申出書(様式第7号)を管理機関に提出しなければならない。

2 前項の申出を介護支援ボランティアが行う場合には、申出書とともにボランティア手帳を提出しなければならない。

3 申出者の有するポイントが10ポイント未満の場合または介護保険料にかかる未納または滞納がある場合は、ポイントの換金等を行わないものとする。

4 管理機関において第1項の申出書の内容を審査し、適正と認められたときは、市長は、前項の規定の場合を除き、申出者の蓄積したポイントを1年間で50ポイントを上限に算定を行い、予算の範囲内において、ポイントの換金等を行う。

5 申出期間は、ポイント付与期間の翌年の1月から2月までとする。

6 申出は、ポイントの付与を受けた本人が年1回行うことができるものとする。

7 ポイントの換金は、申出者本人の口座への振り込みにより行うものとする。

8 ポイントの商品との交換は、障害者就労施設等から申出者への送付により行うものとし、市長は商品と交換するポイント相当額を障害者就労施設等に支払うものとする。

(保険の加入)

第11条 介護支援ボランティア活動を行おうとする者は、傷害保険および賠償責任保険に加入しなければならない。

2 前項の保険加入にかかる保険料は市または管理機関が負担する。

(秘密の保持)

第12条 介護支援ボランティア活動を行うことにより知り得た個人情報その他の秘密を第三者に漏らしてはならない。事業を終了した後も同様とする。

(その他)

第13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

1 この要綱は、平成26年7月8日から施行する。

2 平成26年の介護支援ボランティア活動については、活動の開始を平成26年10月1日以降とし、同年に付与されたポイントについては、換金可能なポイントの上限を12ポイントとする。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。
- 2 第3条に規定する対象者であって、平成28年度から平成30年度に市が実施したくらしのサポーター養成研修において本事業に関する研修を受講した者は、この要綱による研修を修了している者とみなす。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。
- 2 第3条に規定する対象者であって、令和元年度以降に市が実施するくらしのサポーター養成研修等において、本事業に関する研修を受講した者は、この要綱による研修を修了している者とみなす。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条第4項関係）

年 月 日

（管理機関） 様

介護支援ボランティア登録申請書

私は介護支援ボランティア活動を行いたいので、函館市介護支援ボランティアポイント事業実施要綱第5条第4項の規定に基づき申請します。

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| 住 所                  | 函館市                      |
| 氏 名                  | ふりがな（ ）                  |
| 生年月日（年齢）             | 明治<br>大正 年 月 日（ 歳）<br>昭和 |
| 電話番号                 | 自宅<br>携帯                 |
| 自己PR（資格，<br>特技，趣味など） |                          |

（本書に記載いただいた個人情報については、函館市介護支援ボランティアポイント事業の運営に関する以外に利用しません。）

※管理機関記入欄

|            |  |       |       |
|------------|--|-------|-------|
| 介護保険被保険者番号 |  |       |       |
| 登録番号       |  | 登録年月日 | 年 月 日 |

様式第2号（第5条第5項関係）ボランティア手帳様式

■ スタンプ押印欄

|              |              |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1<br>活動 月 日  | 2<br>活動 月 日  | 3<br>活動 月 日  | 4<br>活動 月 日  | 5<br>活動 月 日  |
| 6<br>活動 月 日  | 7<br>活動 月 日  | 8<br>活動 月 日  | 9<br>活動 月 日  | 10<br>活動 月 日 |
| 11<br>活動 月 日 | 12<br>活動 月 日 | 13<br>活動 月 日 | 14<br>活動 月 日 | 15<br>活動 月 日 |
| 16<br>活動 月 日 | 17<br>活動 月 日 | 18<br>活動 月 日 | 19<br>活動 月 日 | 20<br>活動 月 日 |
| 21<br>活動 月 日 | 22<br>活動 月 日 | 23<br>活動 月 日 | 24<br>活動 月 日 | 25<br>活動 月 日 |
| 26<br>活動 月 日 | 27<br>活動 月 日 | 28<br>活動 月 日 | 29<br>活動 月 日 | 30<br>活動 月 日 |
| 31<br>活動 月 日 | 32<br>活動 月 日 | 33<br>活動 月 日 | 34<br>活動 月 日 | 35<br>活動 月 日 |
| 36<br>活動 月 日 | 37<br>活動 月 日 | 38<br>活動 月 日 | 39<br>活動 月 日 | 40<br>活動 月 日 |
| 41<br>活動 月 日 | 42<br>活動 月 日 | 43<br>活動 月 日 | 44<br>活動 月 日 | 45<br>活動 月 日 |
| 46<br>活動 月 日 | 47<br>活動 月 日 | 48<br>活動 月 日 | 49<br>活動 月 日 | 50<br>活動 月 日 |

(活動1時間につき1ポイント=スタンプ1個、ただし1日上限2ポイントまで付与)

様式第3号（第7条第2項関係）

年 月 日

（管理機関） 様

（申請者） 住所  
団体名  
代表者

介護支援ボランティア活動受入施設指定申請書

介護支援ボランティア活動を受け入れたいので、函館市介護支援ボランティアポイント事業実施要綱第7条第2項の規定に基づき申請します。

記

|               |                              |           |
|---------------|------------------------------|-----------|
| 受入施設名         | ふりがな（ ）                      |           |
| 担当職氏名         |                              |           |
| 施設住所<br>連絡先   | 函館市                          | 電話<br>FAX |
| 活動内容<br>曜日・時間 | 例) 囲碁・将棋の相手（月～金 10:00～15:00） |           |

（施設のパンフレット等があれば添付してください。）

※管理機関記入欄

指定番号

|  |
|--|
|  |
|--|

様式第4号（第7条第3項関係）

年 月 日

団体名

代表者

様

（管理機関）

印

介護支援ボランティア活動受入施設指定・却下決定通知書

年 月 日付で申請のあった介護支援ボランティア活動受入施設指定申請書については、下記のとおりとしたので通知します。

記

以下のとおり指定（却下）する。

|       |  |
|-------|--|
| 受入施設名 |  |
| 施設住所  |  |
| 指定番号  |  |
| 活動内容  |  |

（却下の場合）

|      |  |
|------|--|
| 却下理由 |  |
|------|--|

様式第 5 号（第 7 条第 4 項関係）

年 月 日

団体名

代表者

様

（管理機関）

印

介護支援ボランティア活動受入施設指定取消決定通知書

下記の受入施設については，指定を取り消しましたので通知します。

記

|       |  |
|-------|--|
| 受入施設名 |  |
| 取消年月日 |  |
| 指定年月日 |  |
| 指定番号  |  |
| 取消理由  |  |

様式第6号（第7条第5号関係）

介護支援ボランティア活動実施記録簿

|       |  |
|-------|--|
| 受入施設名 |  |
|-------|--|

年 月分

|    | 活動実施日 | 登録者名 | 登録番号 | ※活動番号 | 開始時間 | 終了時間 | ポイント数 |
|----|-------|------|------|-------|------|------|-------|
| 1  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 2  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 3  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 4  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 5  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 6  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 7  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 8  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 9  | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 10 | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 11 | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 12 | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 13 | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 14 | 月 日   |      |      |       |      |      |       |
| 15 | 月 日   |      |      |       |      |      |       |

（活動1時間につき1ポイント、ただし1日上限2ポイントまで付与）

※活動番号

- ①レクリエーション、趣味活動の補助 ②お茶出し等の補助 ③散歩、外出等移動補助  
④施設行事手伝い ⑤芸能披露、講師 ⑥話し相手、傾聴 ⑦その他軽作業

■ 受入施設は、翌月10日までにこの記録簿の写しを管理機関に提出してください。

（管理機関） 様

（申請者） 住所

氏名

電話

【登録番号：】

【介護保険被保険者番号：】

介護支援ボランティア活動ポイント換金等申出書

私は下記のとおり介護支援ボランティア活動によるポイントの換金等を申し出ます。

記

1 換金

|         |      |
|---------|------|
| 換金ポイント数 | ポイント |
|---------|------|

■振り込み依頼先口座（注意：本人名義に限る）

|       |                |      |              |
|-------|----------------|------|--------------|
|       | 銀行・信金<br>信組・農協 |      | 本店・支店<br>出張所 |
| 預金の種類 | 1 普通<br>2 当座   | 口座番号 |              |
| 口座名義人 | (カタカナで記入)      |      |              |

2 商品交換

| 商品番号 | 個数         | 交換ポイント数 |
|------|------------|---------|
|      |            |         |
|      |            |         |
|      |            |         |
|      | 商品交換ポイント合計 | ポイント    |

|               |      |
|---------------|------|
| 換金・商品交換ポイント合計 | ポイント |
|---------------|------|

同意される方は□に✓を記入してください

私の介護保険認定状況および介護保険料収納状況を調査することに同意します。

私の住所・氏名・電話番号の情報を、商品を発送する施設等に提供することを同意します。

※管理機関記入欄

|     |   |   |     |   |
|-----|---|---|-----|---|
| 受付日 | 月 | 日 | 担当者 | 印 |
|-----|---|---|-----|---|