

# 2026 年度 いきいきふれあいサロン (介護予防いきいき交流会事業) 説明資料

## も く じ

- お知らせ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 P
- 宗像市介護予防いきいき交流会事業・・・・・・・・ 2 P～ 4 P
- 介護予防に資する栄養改善・・・・・・・・・・・・ 5 P
- 介護予防に資する口腔ケア指導・・・・・・・・・・ 6 P
- 介護予防に資する運動指導・・・・・・・・・・・・ 7 P～ 8 P
- 介護予防いきいき交流会事業の記入方法・・・・ 9 P～14 P
- サロン経費振込による受け取りについて・・・・ 15 P～16 P
  
- 様式集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17 P 以降
  - 申込書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18 P～19 P
  - 実績報告書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20 P
  - 参加者名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21 P～22 P
  - 栄養改善・口腔ケア指導・運動指導報告書・・ 23 P～25 P
  - 健康カルテ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26 P
  - 年間予定表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27 P
  - 振込依頼書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28 P

# 社会福祉法人 宗像市社会福祉協議会

## ◆お知らせ

1. サロン名簿は、2種類あり、どちらでもけっこうです。

- 参加者氏名を毎回記入しなくてよい 『日付欄〇×記入様式』 P 2 1
- 参加者氏名を毎回記入する 『毎回、名前記入様式』 P 2 2

2. 報告書の様式に一部変更があります！  
新しい様式でのご提出をお願いいたします。

2026 年度（令和 8 年度）看護職諸謝金の金額が変わります。

※ P 1 7 以降に様式があります。

様式は、社協ホームページからもダウンロードできます。

看護職諸謝金の金額が変更となりました。

【経 費】		
支 出		
項目	金額	摘 要 (必ずご記入ください)
(1) 看護職諸謝金	1,940 円	※社協より支払
(2) 福祉会事業経費	円	←下の1～7.項目の合計
福祉会事業経費の内訳	1. 講師謝金	円
	2. 協力者謝金	円
	3. 会場費	円
	4. 写真代	円
	5. 消耗品費	円
	6. コピー・印刷代	円
	7. 備品費	円
(3) 食糧費	円	
(1) ～ (3) の合計	円	

# ■宗像市介護予防いきいき交流会事業

## 1. 目的

地域でのレクリエーションや介護予防等の活動を通じ、住民同士の交流を促し、生きがいを高めることや孤独感、引きこもりの解消につなげるとともに、心身機能の低下を予防し、日常生活動作の維持を図ること、また、市内全地域に介護予防事業が拡大することを目的とした事業です。

## 2. 実施主体

事業は、宗像市が宗像市社会福祉協議会(以下、「社協」という。)に委託して実施しています。

## 3. 活動主体

活動・運営は、社協が各福祉会に依頼して行うものです。

各福祉会等で実施されている「いきいきふれあいサロン」が介護予防いきいき交流会事業にあたります。

## 4. 対象者

対象者は市内に在住する概ね65歳以上の高齢者で、次のいずれかに該当する者とする。

- (1) 老化等により、心身の機能が低下している者
- (2) 家庭内に閉じこもりがちな者
- (3) 社会交流の少ない高齢者
- (4) その他、事業に参加することが必要と判断される者

※ なお、介護予防の観点から、活動的な状態にある65歳以上の人や65歳未満の人も参加の対象となります。

## 5. 実施方法について

この事業を実施する場合、①～④については、毎回実施するものとします。

- ① 看護職による健康チェック（血圧測定）
- ② 参加者ごとの健康チェック個別ファイルの作成と記録
- ③ 看護職による健康等に関する相談受付
- ④ 事業実施報告書の作成

次の⑤～⑦については、年間通して複数回実施可能。ただし、市内全体の予算枠を超える場合は、地区内で調整をお願いすることがあります。

- ⑤ 介護予防に資する**栄養改善** (P5) 〔複数回、実施可〕

**内容** 管理栄養士による講話、料理教室、食進会による栄養改善伝達講習など

※ アクアドームによる管理栄養士の派遣については、消費税分のご負担が必要です。

- ⑥ 介護予防に資する**口腔ケア**指導 (P6) 〔複数回、実施可〕

**内容** 口腔ケアについての講話、歯つらつ体操、唾液腺マッサージなど

- ⑦ 介護予防に資する**運動指導** (P7,8) 〔複数回、実施可〕

**内容** レクリエーション、アクアドーム、R-スタジオ、スポーツ推進委員、  
ケアビクス、健康レクササイズ、太極拳、理学療法士による体力測定など

※ アクアドームによる指導者等の派遣については、消費税分のご負担が必要です。

#### ※ 健康講話

サロン申込書に希望するテーマを記入してお申し込みください。

また、健康講話は別途謝金が必要です。当日、看護師・保健師にお支払ください。(1時間以内：1,000円)

## 6. 事業の申し込みについて

事業の申し込みは、別紙「介護予防いきいき交流会（いきいきふれあいサロン看護師等派遣）申込書」に必要事項を記入し、**実施月の前月の10日まで**にご提出をお願いします。

→① 社協より市担当課へ事業実施予定日を報告します。

→② 市担当課から介護予防事業に参加するよう指導を受けた人の参加については、社協を通じて該当する福社会へ連絡します。(居住地域で行われるサロン)

## 7. 事業経費の上限及び使用用途について

各サロンにお渡しする金額は、**1回5,000円が上限**となります。

事業経費については、委託元の宗像市健康課との協議の結果、以下のことをふまえた上で経費の使用をお願いします。

**【消耗品費】** 個人への贈与と考えられる参加賞及びスポーツやゲームに関する景品及びプレゼント、参加記念の写真については、経費の適用外とします。

**【備品費】** 地域で広く使用するもの（湯呑や机、座椅子等）は自治公民館等での購入をお願いします。備品費の計上の際には、事前に社協担当職員までご相談ください。

**【交通費】** 参加者の交通費（タクシー代、渡船代等）については、利用者負担とします。

**【食糧費】** 経費対象外となります。

【食材費】 栄養改善指導事業においては、食事が提供される参加者に自己負担(300円程度)をしてもらった上で、食材費の不足分を上限額(5,000円)まで助成します。

※社協から派遣する保健師・看護師の勤務時間は、1時間以内とします。1時間を超えて勤務を要する場合は、福祉会の負担となります。社協までご相談ください。

## 8. 事業の実施報告書の提出について

サロン終了後に、実施報告書と参加者名簿を作成し、**翌月の5日までに**社協に提出してください。その後、社協で取りまとめ、市の担当課へ提出します。

※ 具体的な記入方法については、本資料9～14ページをご参照ください。

※ 別紙「参加者名簿(65歳以上の参加者の氏名のみ)」を添付して下さい。

※ 介護予防メニュー(栄養改善、口腔ケア、運動指導)を実施した場合は、別紙報告書を提出してください。

## 9. 事業経費の支払い・受け取りについて

事業経費は**事業実施月の翌月の20日以降**に、社協事務所にて受け取りをお願いいたします。

※ 印鑑をご持参ください

※ 5日までに事業報告書の提出がない場合は、翌月の20日にお支払いできない場合があります。

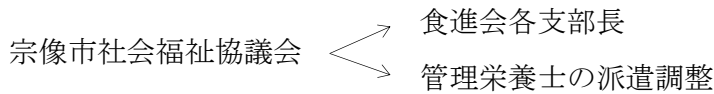
※ 振込による受取りも可能です。ただし、振込手数料を差し引いての振り込みとなります。(15～16ページをご参照ください)

## 10. その他

- (1) 事業を実施する福祉会や地域のボランティアに対する介護予防の研修を実施し、資質の向上を図ります。
- (2) 実施にあたっては、事故防止に万全を期してください。
- (3) 健康チェック等により要介護状態へ移行する可能性の高いと判断された参加者については、速やかに社協へ連絡してください。社協を通じて、市の担当課または地域包括支援センターへ連絡します。
- (4) サロンを実施する福祉会は、実施方法、参加者の状況等について、社協、地域包括支援センター、高齢者支援課、健康課、自治会、コミュニティ運営協議会、シニアクラブなど関係機関と緊密な連携を図ってください。

# 介護予防に資する栄養改善

## 1 調整窓口



## 2 講師謝金

- 管理栄養士謝金 講話のみ(45～60分未満)の場合 … 5,000円  
講話を含む実習指導等(指導時間60分以上)の場合 … 10,000円
- 食進会謝金 + 協力者謝金等 … 5,000円
- その他経費 … 上限5,000円

## 3 経費支払

管理栄養士謝金および食進会・調理協力者謝金は、社協が直接支払います。それ以外の経費は、「栄養改善実施報告書」をもとに、翌月に社協から福祉会に支払います。

※ アクアドームによる管理栄養士の派遣については、消費税分のご負担が必要です。

## 4 メニュー(例)

内容については、福祉会、社協との調整により決定します。必要に応じて管理栄養士、食進会との打ち合わせをします。

- ① 管理栄養士による45分～60分未満の講話のみ

### 《栄養改善の謝金》

- 管理栄養士謝金 5,000円

- ② 管理栄養士による講話 + 高齢者対象の料理教室 + 食事

- 調理指導は栄養士
- 料理教室の補助は食進会、他

- 管理栄養士謝金 10,000円
- その他経費 上限5,000円

- ③ 管理栄養士による講話 + 食進会等による調理 + 食事

- 管理栄養士による食進会への調理指導

- 管理栄養士謝金 10,000円
- その他経費 上限5,000円

- ④ 食進会による栄養改善伝達講習(20分程度の講話) + 食進会等による調理 + 食事

- 食進会・調理協力者 5,000円
- その他経費 上限5,000円

## 5 その他

- 食事がある場合、参加者から自己負担金300円程度を徴収することが必要になります。※講師(管理栄養士、食進会)からの徴収は必要ありません。
- 「介護予防に資する栄養改善実施報告書」を社協へ提出してください。

# 介護予防に資する口腔ケア指導

## 1 調整窓口

宗像市社会福祉協議会 → 歯科衛生士の派遣調整

## 2 講師謝金

1回 8,000 円 （歯科衛生士への謝金は、社協が直接支払います）

## 3 内 容

内容については必要に応じ、福社会・歯科衛生士・社協との調整を行います。

### 高齢者対象の口腔ケアの内容

- ・ 口腔ケアについての講話
- ・ 歯つらつ体操・顔面体操・嚥下体操
- ・ だ液線マッサージ など

## 4 その他

・「介護予防に資する**口腔ケア**指導実施報告書」を社協へ提出してください。

# 介護予防に資する運動指導(1)

## 1 調整窓口

宗像市社会福祉協議会 → 運動指導員等の派遣調整

## 2 講師謝金

1回 5,000円 (運動指導の謝金は、社協が講師に直接支払います)

## 3 プログラム

No	項目	内容など
1	レクリエーション (宗像市レクリエーション協会)	『ゲーム・ソング・ダンスで身体は元気、心は明るく！』 ～指あそびからダンスまで時間や人数など、ご要望に応えます～ ・参加者の年齢や体力を問わず、ふれあいから笑顔が生まれ、 会話がはずみ、友だちづくりへとつなげていきます。
2	アクアドーム	・体力測定（握力、棒反応など） ・ストレッチ体操 ・エアボールを使っての筋力トレーニング・ ・時間：60分程度 ・いすに座ってもできる内容 ※ アクアドームによる指導者等の派遣については、 消費税分のご負担が必要です。
3	R-スタジオ	・姿勢のチェック・バランスチェック（開眼片足立ち） ・ウォーキングフォームの指導 ・ストレッチ及び筋力トレーニング・時間：60分程度
4	スポーツ推進委員	・わかめ体操（5分程度）・玄米ニギニギ体操（20分程度） ・ニュースポーツ（30分～1時間30分程度） （ボッチャ、ペタンク、ディスコン、わなげ、スカットボール、 バグジー、カローリング、ビーンボウリングなど）
5	ケアビクス	・コミュニケーションタイム…レクリエーション ・イスに座って行う有酸素運動と筋力トレーニング ・懐メロにあわせての歌と運動、口腔体操、足指体操、手指体操、 反射神経を養う運動、気功、足つぼマッサージ、などの 組み合わせ ・クールダウンストレッチ ・時間60分程度
6	太極拳	・内容説明…太極拳の効果について ・実技指導…ストレッチ、基本動作の形など ・時間…全体85分、実技75分
7	健康レクササイズ	・いす、車いす、立位、畳でもOK ・準備運動（音楽にあわせて、ゆっくり） ・有酸素運動 ・筋力トレーニング ・ストレッチ ・歌レクサ…楽しい歌に合わせて体を動かします。

## 4 その他・「介護予防に資する運動指導実施報告書」を社協へ提出してください。

## 介護予防に資する運動指導(2)

### 1 調整窓口

宗像市社会福祉協議会 → 市健康課 → 県介護予防支援センター

### 2 講師謝金

講師謝金は、市から講師に直接支払います。

### 3 プログラム

No	項目	内容など
8	自分の体を正確にチェックし体操しましょう <b>* 理学療法士による運動指導</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 講話・体力説明 (約 60 分) 簡単な計測方法でフレイル(※)を予防して健康寿命を延ばしましょう。</li><li>● 結果説明・体操 (約 45 分) 体力測定の結果に対するアドバイス、自主トレーニング方法についての説明と実践。</li></ul>

※ フレイルとは、健康な状態と要介護状態の間のこと。  
早く気付いて取り組むことで、様々な機能を取り戻せる状態。

### 4 申込時期

実施月の **2ヶ月前の 20 日まで** に申し込みをお願いします。

例) 9月 19 日に実施する場合 → 7月 20 日までに申請

★ 専用の申込書は、**19 ページ**にあります。

### 5 その他

・「介護予防に資する**運動指導**実施報告書」を社協へ提出してください。

# 介護予防いきいき交流会事業 (いきいきふれあいサロン看護師等派遣) 申込書の記入方法

□□□□年度

福祉会名をご記入ください。後日、サロンの件で連絡する場合がありますので、サロンの担当者名をご記入ください。

## 介護予防いきいき交流会事業 (いきいきふれあいサロン看護師等派遣) 申込書

福祉会名	〇〇区(丁目) 福祉会(サロン)
担当者	〇〇〇〇 [Tel 0940 - 〇〇 - 〇〇〇〇]

期 日	〇月 〇〇日 ( 〇 )
時間(全体)	10:00 ~ 13:00
健康チェック時間帯	10:00 ~ 10:30
場所(会場)	原則として1時間内となります。 〇〇区(丁目) 公民館
内 容	玄米ニギニギ体操、口腔ケア、食事会
① 健康講話(社協看護師等)	あり・なし : ~ :
⇒ 講話内容:	
② 栄養改善	あり・なし : ~ :
③ 口腔ケア指導	あり・なし 11:00 ~ 12:00
④ 運動指導	あり・なし : ~ :

(社協記入欄)

①の健康講話は、社協に登録している看護師・保健師が行います。  
※ 謝金:別途1000円が当日に必要です。

話してほしい講話の内容を具体的にご記入ください。

●①~④については、【あり・なし】に○をつけ、【あり】の場合は、右の欄に時間をご記入ください。

\* 申込書は、社協へ**実施月の前月の10日**までに提出してください。

TEL 37-1300 fax 37-1393

## 「介護予防いきいき交流会事業実績報告書」の記入方法

1. **参加者**については、人数を**年齢別**に区分けしてご記入ください。65歳以上の人数は、報告書に添付する「参加者名簿」の人数と同じ人数で記入してください。  
 ⇒ 参加者数には、福社会役員・ボランティアは含まれません。  
 福社会役員・ボランティアは、「従事者」の欄にご記入ください。
2. **【事業内容】**については、サロンで行った活動を、実施した内容順にご記入ください。
3. **【事業評価】**の事業効果・今後の課題・お気付きの点については、感想などできるだけ詳しくご記入ください
4. 事業費の**補助金額は5,000円が上限**ですが、合計金額にはかかった経費のすべての金額をご記入ください。なお、この事業経費の中には、お茶代・食材費・弁当代・お菓子代などは含まれません。

□□□□年度

### 介護予防いきいき交流会事業実績報告書

介護予防いきいき交流会事業を次のとおり実施いたしましたので、報告いたします。

実施福社会名： \_\_\_\_\_

福社会

開催日	参加者数				合計
	40歳以下	40～64歳	65～74歳	75歳以上	
7月12日(火)	4人	3人	5人	13人	25人
時間	10:00 ~ 13:00		場所	〇〇公民館	
<b>【事業内容】</b>					
1) 健康チェックおよび健康相談 2) <b>玄米ニギニギ体操</b> 3) <b>ニュースポーツ対抗ゲーム</b> 4) <b>口腔ケア</b> 5) <b>会食会</b>					
別紙の参加者名簿は、65歳以上の人だけの名簿ですので、この例の場合、5人+13人=18人となり、18人だけを名簿に記入します。					
運動指導や栄養改善をした時は、ここに書きます。					
社協職員や講師など。					
<b>従事者</b>	福社会・ボランティア	看護師・保健師	食生活改善推進会	社協・その他	合計
	3人	1人	人	1人	5人
<b>【事業評価】</b>					
・事業効果 例①：玄米ニギニギ体操を汗かきながらした。筋肉への刺激になった。 例②：ニュースポーツを楽しんだ。チーム対抗でゲームを競い、大きな声を出して盛り上がった。心身の健康にプラスになり、良い地域交流になった。					
・今後の課題 新参加者を1人でも募りたい。今回は2人の新参加者があった。					
・その他（お気付きの点等） 座るより、椅子にすわっての体制がよい人が増えて、椅子が不足している。今後、椅子の増数を検討したい。					
記入してください。					
<b>【経費】</b>					
この金額が補助対象ですが、5,000円が上限です。5,000円未満ならそれが補助額になります。					
	項目	金額	摘要（必ずご記入ください）		
(1)	看護職謝金	1,940円	社協より支払		
(2)	福社会事業経費	9,100円	←下の項目の合計		
福社会事業経費の内訳	1. 講師謝金	3,000円	講演（体操）講師謝金		
	2. 協力者謝金	1,000円	サロン協力者2人		
	3. 会場費	600円	公民館使用料（エアコン使用料含む）		
	4. 写真代	800円	写真用紙、インク代		
	5. 消耗品費	1,500円	チラシ用紙代		
	6. コピー・印刷代	400円	案内用チラシコピー代		
	7. 備品費	1,800円	手芸材料費、参加者名札作成		
(3)	食糧費	15,000円	お弁当代500円×30人		
(1)～(3)の合計		26,040円			
栄養改善を実施した場合の食材費はここには書かず、栄養改善報告書の消耗品費の欄にご記入ください。					
※合計金額は、看護職謝金を含めた金額をご記入ください。 ※食糧費（食事の材料費・弁当代）については、原則利用					

※実績報告書は、実施月の翌月5日までに社協へ提出してください。

# 「介護予防いきいき交流会事業 参加者名簿」の記入方法

- 参加者の名簿には、65歳以上の参加者(対象者)のみご記入ください。  
⇒65歳未満の人は名簿に記入する必要はありません。
- 参加者の氏名は、必ずフルネームでご記入ください。
- 参加者数については、「介護予防いきいき交流会事業実績報告書」の「参加者数」の人数(65～74歳・75歳以上の合計人数)と統一した人数にしてください。

□□○○年度

## 介護予防いきいき交流会事業 参加者名簿

【 福社会 No. [ ]

No.	氏名	年齢(○を記入)		性別		開催月日							
		65～74	75以上	男性	女性	/	/	/	/	/	/	/	/
1						/	/	/	/	/	/	/	/
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
計													

開催日を記入します。  
年度内の開催分を続けて記入してください。

65歳以上の参加者をフルネームでご記入ください。

64歳以下の人のお名前は記入されなくてけっこうです。

報告書の65歳以上の人数と一致

# 栄養改善実施報告書

標記について下記のとおり実施したので、関係書類を添えて報告いたします。

開催日時		年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分	
開催場所	会場名		
	所在地	宗像市	
参加者		【対象】 高齢者	【人数】 人
講師			
助手			
講習内容	テーマ		
	内容		
	メニュー		
介護予防の取り組みとして学んだこと、参加者の反応			
区分	金額	摘要 (ご記入ください)	
管理栄養士謝金	円	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">                     栄養士による講話+調理実習の場合は 10,000 円、講話のみの場合は 5,000 円になります。                 </div>	
食進会および調理協力者謝金	円	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">                     食進会による栄養改善伝達講習と調理協力をいただいた場合、一律 5,000 円になります。                 </div>	
消耗品費	円	かかった費用(全体)	
	円	参加者負担分 円 人 = 円	
	円	円 がかかった費用(全体) - 参加者負担分	

食材費はここに記入します。他の消耗品等の経費もこの欄に合計して記入。補助の上限は 5,000 円です。5,000 円未満ならその金額が補助対象。

参加者から 300 円程度負担してもらい、その合計を記入してください。

消耗品 (食材費等) のかかった費用から、参加者負担分の合計を引いた額を記入してください。

## 口 腔 ケ ア 実 施 報 告 書

標記について下記のとおり実施したので、関係書類を添えて報告いたします。

開 催 日 時	□□□□年 ○月 ○日(○) 9時30分 ~ 10時30分	
開催場所	会場名	○○区公民館
	所在地	宗像市○○
参 加 者	【対象】 高齢者 【人数】 ○人	
講 師	歯科衛生士 ○○○○氏 1人	
助 手	なし	「歯科衛生士」と記入
講習内容	テーマ・内容・メニュー (例)  <講義> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. お口のチェック</li> <li>2. 口腔の機能について</li> <li>3. 嚥下の話</li> </ol> <口腔体操> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. はっきり大きな声で「パタカ」と発声</li> <li>2. 早口言葉で口周りの体操</li> <li>3. 舌体操</li> </ol>	
介護予防の取り組みとして学んだこと	例1) 介護予防のためには、誤嚥性肺炎にならないように、口の中を清潔に保つことが大切だと学んだ 例2) 介護予防のために、大きく口や舌を使って動かすなど口の周りの筋肉を刺激することも大切だと学んだ。 例3) 介護予防のために、自分の歯みがきには「みがき癖」があること気づき、気を付けて歯を磨くことを心がけたい。	
区 分	金 額	摘 要
講 師 謝 金	8, 000 円	
	円	
合 計	8, 000 円	

## 運動指導実施報告書

標記について下記のとおり実施したので、関係書類を添えて報告いたします。

開催日時	□□○○年 ○月 ○日(○) 9時30分 ~ 11時50分	
開催場所	会場名	○○区公民館
	所在地	宗像市○○
参加者	【対象】 高齢者 【人数】 ○人	
講師	ケアビクスより ○○○○氏 1人	
助手	なし	所属を記入
講習内容	テーマ・内容・メニュー ウォームアップ、準備運動  有酸素運動  イスに座って手足の運動 掛け声を出しながら行う  整理運動  音楽にあわせて運動  ストレッチ  気功の呼吸法	
介護予防の取り組みとして学んだこと	例1) 介護予防のためには、日常的に運動することが大切であることがわかった 例2) 介護予防のためには、全身を使うことを心がけることが大切だと学んだ。特に、転倒しないよう足腰を良く使うようにしたい。 例3) 介護予防のためには、声を出すなど肺の機能を使うことも大切だとわかった。	
区分	金額	摘要
講師謝金	5,000 円	
	円	
合計	5,000 円	

## 介護予防いきいき交流会事業 事業経費の受け取りについて

事業経費は事業実施月の翌月の20日以降に、社協事務所にて受け取りをお願いしているところですが、**振込みによる受け取りも可能**となります。

なお、振込みを希望される場合は、補助金額から**振込手数料を差し引いて振込み**となります。

**振込みによる受け取りをご希望される場合は、振込依頼書（28 ページ）に受取口座を記入の上、必ず通帳の写し(1 冊開いた、支店名も確認できる面)を添付して、ご提出下さい。**

■振込手数料は以下のとおりです。

	福岡銀行 宗像支店	福岡銀行※ 他支店	他行
3万円未満	0円	55円	330円
3万円以上	0円	110円	550円

※熊本銀行、十八親和銀行、福岡中央銀行も対象です。

■記入ミスによる振込不能の場合、1,100円の訂正手数料がかかりますので、ご確認のうえ、必ず通帳の写しを添付して下さい。（訂正手数料も、各福祉会等の負担となりますので、お気をつけ下さい。）

■別紙受取口座の提出後、口座振込になるまでは少し時間を頂きます。振込が開始になった時点で各福祉会等代表者の方にご連絡いたします。

宗像市社会福祉協議会 Tel 37-1300

**【記入例】**

令和 年 月 日

宗像市社会福祉協議会  
会長 吉田 善仁 様

団体名 〇〇福祉会

サロン事業費について、下記振込先に振込をお願いします。

振込先

①金融機関名 〇〇銀行

②支店名 〇〇支店

③預金種目 普通・当座

④口座番号 1234567

⑤口座名義 〇〇福祉会 代表 社協 太郎

フリガナ マルマルフクシカイ ダイヒョウ シャキョウ タロウ

**※個人名義の口座には振り込みすることが出来ません。  
必ず団体名義の口座をご記入ください。**

# 介護予防いきいき交流会事業

## 様式集

### ■様式集

- 申込書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18P～P19
- 実績報告書・・・・・・・・・・・・・・・・ 20P
- 参加者名簿・・・・・・・・・・・・・・・・ 21～22P
- 栄養改善・口腔ケア指導・運動指導報告書・・ 23～25P
- 健康カルテ・・・・・・・・・・・・・・・・ 26P
- 年間予定表・・・・・・・・・・・・・・・・ 27P
- 振込依頼書・・・・・・・・・・・・・・・・ 28P

※様式は、宗像市社会福祉協議会ホームページの【様式集】の「いきいきふれあいサロン活動」からダウンロードすることができます。

**介護予防いきいき交流会事業  
(いきいきふれあいサロン看護師等派遣) 申込書**

福祉会名	福祉会（サロン）
担当者	〔TEL        -        -        〕

期     日	月                    日        (        )
時間（全体）	:                    ~                    :
健康チェック時間帯	:                    ~                    :
場所（会場）	
内     容	
① 健康講話（社協看護師等）	あり ・ なし                    :                    ~                    :
⇒ 講話内容：	
② 栄養改善	あり ・ なし                    :                    ~                    :
③ 口腔ケア指導	あり ・ なし                    :                    ~                    :
④ 運動指導	あり ・ なし                    :                    ~                    :

（社協記入欄）

派遣職員等	
備        考	

\* 申込書は、社協へ**実施月の前月の10日**までに提出してください。

TEL 37-1300      fax 37-1393

介護予防いきいき交流会事業  
 (いきいきふれあいサロン看護師等派遣) 申込書

(理学療法士派遣依頼用)

福祉会名	福祉会 (サロン)
担当者	[Tel - - ]

期 日	月 日 ( )
時間 (全体)	: ~ :
健康チェック時間帯	: ~ :
場所 (会場)	
(住所)	宗像市
内 容	

※ 理学療法士の派遣依頼に必要な事項 (地域リハビリテーション活動支援事業)

参加予定人数	_____人	サロンの開催頻度	年_____回
参加者内訳	60代 _____人、70代 _____人、80代 _____人、90歳以上 _____人		
当日の日程 (健康チェック後)	: ~ :	<内容>	
	: ~ :	<内容>	
	: ~ :	<内容>	
	: ~ :	<内容>	
<このプログラムを希望する理由>			

(社協記入欄)

派遣職員等	
備 考	

\* この理学療法士用の  
 申込書は、社協へ**実施月の前々月の20日まで**に提出してください。

TEL 37-1300 fax 37-1393

## 介護予防いきいき交流会事業実績報告書

介護予防いきいき交流会事業を次のとおり実施いたしましたので、報告いたします。

実施福祉会名： \_\_\_\_\_ 福祉会

開催日	参加者数				
	40歳以下	40～64歳	65～74歳	75歳以上	合計
	人	人	人	人	人
時間	:	~	:	場所	
<b>【事業内容】</b>					
1) 健康チェックおよび健康相談					
2)					
3)					
4)					
5)					
従事者	福祉会・ボランティア	看護師・保健師	食生活改善推進会	社協・その他	合計
	人	人	人	人	人
<b>【事業評価】</b>					
・事業効果					
・今後の課題					
・その他（お気付きの点等）					
<b>【経費】</b>					
支 出					
項目	金額	摘 要（必ずご記入ください）			
<b>(1) 看護職諸謝金</b>	<b>1,940</b> 円	※社協より支払			
<b>(2) 福祉会事業経費</b>	円	←下の1～7.項目の合計			
<b>福祉会事業経費の内訳</b>	1. 講師謝金	円			
	2. 協力者謝金	円			
	3. 会場費	円			
	4. 写真代	円			
	5. 消耗品費	円			
	6. コピー・印刷代	円			
	7. 備品費	円			
	円				
<b>(3) 食糧費</b>	円				
<b>(1)～(3)の合計</b>	円				

※合計金額は、看護職謝金を含めた金額をご記入ください。

※食糧費（食事の材料費・弁当代）については、原則利用者負担となります。

※実績報告書は、実施月の翌月5日までに社協へ提出してください。

介護予防いきいき交流会事業 参加者名簿

【 福社会 No. [ ] 】

No.	氏名	年齢(○を記入)		性別		開催月日								
		65~74	75以上	男性	女性	/	/	/	/	/	/	/	/	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
計														

介護予防いきいき交流会事業 参加者名簿

【 福祉会

月 日

No.	氏名	年齢(○を記入)		性別	
		65~74	75以上	男性	女性
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
計( )人					

# 栄養改善実施報告書

標記について下記のとおり実施したので、関係書類を添えて報告いたします。

開催日時		年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分	
開催場所	会場名		
	所在地	宗像市	
参加者		【対象】 高齢者	【人数】 人
講師			
助手			
講習内容	テーマ		
	内容		
	メニュー		
介護予防の取り組みとして学んだこと、参加者の反応			
区分	金額	摘要 (ご記入ください)	
管理栄養士謝金	円		
食進会および調理協力者謝金	円		
消耗品費	円	かかった費用(全体)	
	円	参加者負担分 円 人 = 円	
	円	かかった費用(全体)ー参加者負担分	

## 口 腔 ケ ア 実 施 報 告 書

標記について下記のとおり実施したので、関係書類を添えて報告いたします。

開 催 日 時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分	
開催場所	会場名	
	所在地	宗像市
参 加 者	【対象】 高齢者	【人数】 人
講 師		
助 手		
講習内容	テーマ・内容・メニュー	
介護予防の取り組みとして 学んだこと		
区 分	金額	摘要
講 師 謝 金	8,000 円	
	円	
合 計	8,000 円	

## 運動指導実施報告書

標記について下記のとおり実施したので、関係書類を添えて報告いたします。

開催日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分	
開催場所	会場名	
	所在地	宗像市
参加者	【対象】 高齢者	【人数】 人
講師		
助手		
講習内容	テーマ・内容・メニュー	
介護予防の取り組みとして 学んだこと		
区 分	金額	摘要
講師謝金	5,000 円	
	円	
合 計	5,000 円	

# いきいきふれあいサロン健康カルテ

氏名 【 】  
 住所 【宗像市】  
 電話 【 】  
 生年月日 【 年 月 日】  
 年令 【 才】  
 身長 【 cm】

	測定日	体重	BMI	体脂肪率	筋肉量	内臓脂肪	基礎代謝	体内年齢	血圧	備考
1	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
2	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
3	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
4	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
5	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
6	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
7	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
8	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
9	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
10	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
11	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
12	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
13	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
14	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
15	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
16	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
17	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
18	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
19	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	
20	R /	Kg		%	Kg	レベル	kcal	才	/	

## いきいきふれあいサロン(介護予防いきいき交流会事業)年間予定表

※看護師派遣申請書は開催ごとに、ご提出ください。

※社協を通じて講師等をご依頼される場合は、3か月前までに看護師等派遣申請書をご提出ください。

地区名	地区		
福祉会名	福祉会		
記入者名		連絡先	

※行事内容については、いきいきふれあいサロンで活用できるメニュー一覧表をご参考に希望内容をご記入ください。

月	日(曜日)	看護師派遣	健康チェック時間	会場	行事内容	調整等
4	( )	あり・なし	～			
5	( )	あり・なし	～			
6	( )	あり・なし	～			
7	( )	あり・なし	～			
8	( )	あり・なし	～			
9	( )	あり・なし	～			
10	( )	あり・なし	～			
11	( )	あり・なし	～			
12	( )	あり・なし	～			
1	( )	あり・なし	～			
2	( )	あり・なし	～			
3	( )	あり・なし	～			
合計回数	回					

※ 同じ月に複数回サロンを開催する場合も、開催する日にちすべてをご記入ください。

※ 開催日が未定の場合は、概ね予定される回数・時期を備考欄にご記入ください。

介護予防指導メニューの希望調査		○をつけてください	実施希望月
1	「栄養改善」を希望する	する ・ しない	[ ]月希望
2	「口腔ケア」を希望する	する ・ しない	[ ]月希望
3	「運動指導」を希望する	する ・ しない	[ ]月希望

※ 栄養改善・口腔ケア・運動指導の実施変更については、地区担当職員に早めにご連絡ください。

**3月末日まで**に宗像市社会福祉協議会へご提出ください。

令和 年 月 日

宗像市社会福祉協議会  
会長 吉田 善仁 様

団体名 \_\_\_\_\_

サロン事業費について、下記振込先に振込をお願いします。

振込先

①金融機関名	_____
②支店名	_____
③預金種目	普通・当座
④口座番号	_____
⑤口座名義	_____
ﾌｶﾅ	_____

※個人名義の口座には振り込みすることが出来ません。  
必ず団体名義の口座をご記入ください。  
※必ず通帳の写し(1ページ開いた、支店名も確認できる面)を添付してください。