様式１

入　居　者　確　認　表

記入日：　　年　　月　　日

（　　）住宅　（　　）号室

名　　前：　　（　男　・　女　）	生年月日：　　年　　月　　日生（　　歳）
電　　話：（自宅）　　（携帯）	

同居家族

名前	続柄	生年月日	名前	続柄	生年月日
		年　月　日生			年　月　日生

緊急連絡先（別居の親族等）

★毎日の安否確認でご本人に連絡が取れない場合にも、連絡させていただく場合があります。

連絡	名前	続柄	住　所	電　話

連絡は、◎＝常に可（救急搬送時も連絡可）　○＝入院時・死亡時のみ可　△＝死亡時のみ可

かかりつけ医療機関

医療機関	電　話	病　名

介護保険

介護度：　要支援１　・　要支援２

要介護１　・　要介護２　・　要介護３　・　要介護４　・　要介護５

居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）

居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー	住　所	電　話

備考

様式２－１

シルバーハウジング業務日誌

				生活援助員	
				日	休日

年　　月　　日　（　　）　天気（　　）

連絡・調整	

緊急ボタンによる緊急通報	名　前	時　間	通　報　内　容	対　応
		:		
		:		
		:		
		:		

一時的な家事援助

入院者名	長期不在者名	ＳＳ利用者名	入居実人員	入院者	長期不在者	ＳＳ利用者	夜間現員	計
			名	名	名	名	名	名

様式２－２

名　前	号　室	内　容　及　び　対　応	担当印

	名　前	人数	所　属		内　容		
見学者							

様式３

入 居 者 生 活 記 録 カ ー ド

名　前　　（部屋番号　　）

年　月　日	
年　月　日 （月 曜 日） （　　：　　）	
年　月　日 （火 曜 日） （　　：　　）	
年　月　日 （水 曜 日） （　　：　　）	
年　月　日 （木 曜 日） （　　：　　）	
年　月　日 （金 曜 日） （　　：　　）	
年　月　日 （土 曜 日） （　　：　　）	
年　月　日 （日 曜 日） （　　：　　）	

（様式 4）

年　　月　　日

豊　　中　　市　　長　　様

事業者名：
代表者名：

生活援助員派遣事業報告書

　　年　　月分の　　住宅シルバーハウジングの生活援助員派遣事業の実績を以下のとおり報告いたします。

内　容		利用状況	
入居者数		世帯数	人数
内　訳	障害者		
	高齢者		
	一般		
活動日数		日	
①緊急時の対応 （ＩＣＴ見守り異常メール対応分含む）		件	
②一時的な家事援助		件	
③関係機関との連絡調整		件	
④その他（生活相談はここに含める）		件	
⑤団らん室利用状況		回　　人	

（様式 5）

年　　月　シルバーハウジング入退去状況表

住宅

当月の異動は【 あり ・ なし 】です

異動事由	日　付	名　　前	区　　分
入居 ・ 退去	月　　日		障害・高齢・一般
入居 ・ 退去	月　　日		障害・高齢・一般
入居 ・ 退去	月　　日		障害・高齢・一般
入居 ・ 退去	月　　日		障害・高齢・一般
入居 ・ 退去	月　　日		障害・高齢・一般
入居 ・ 退去	月　　日		障害・高齢・一般

1）　異動事由は、入居または退去のいずれかに○をしてください。
2）　日付は、入居日または退去日を記入してください。
3）　区分は、高齢・障害・一般のいずれかに○をしてください。
4）　この表を毎月の生活援助員派遣事業報告書に添付して提出してください。

様式6

年度　　月分生活援助員派遣事業実施状況表

		①緊急時の対応						②一時的な家事援助						③関係機関との連絡調整									④その他（生活相談はここに記入）			⑤団らん室の利用状況	
日	曜日	緊急通報	救急車出動要請	医療機関への連絡	急病の世話	その他（ここに記入）異常メール通知対応は（ＩＣＴ見守りサービス	小計						小計	警備会社	受託法人	豊中市長寿安心課	豊中市障害福祉課	豊中市福祉事務所	住宅管理事務所	民生委員	その他	小計				利用人数	利用内容
1							0						0									0					
2							0						0									0					
3							0						0									0					
4							0						0									0					
5							0						0									0					
6							0						0									0					
7							0						0									0					
8							0						0									0					
9							0						0									0					
10							0						0									0					
11							0						0									0					
12							0						0									0					
13							0						0									0					
14							0						0									0					
15							0						0									0					
16							0						0									0					
合　計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※必要に応じて枠を広げて記載ください。

様式6

年度　　月分生活援助員派遣事業実施状況表

		①緊急時の対応						②一時的な家事援助						③関係機関との連絡調整									④その他（生活相談はここに記入）			⑤団らん室の利用状況	
日	曜日	緊急通報	救急車出動要請	医療機関への連絡	急病の世話	その他（ここに記入）異常メール通知対応は（ＩＣＴ見守りサービス	小計						小計	警備会社	受託法人	豊中市長寿安心課	豊中市障害福祉課	豊中市福祉事務所	住宅管理事務所	民生委員	その他	小計				利用人数	利用内容
17							0						0									0					
18							0						0									0					
19							0						0									0					
20							0						0									0					
21							0						0									0					
22							0						0									0					
23							0						0									0					
24							0						0									0					
25							0						0									0					
26							0						0									0					
27							0						0									0					
28							0						0									0					
29							0						0									0					
30							0						0									0					
31							0						0									0					
合　計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
総合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※必要に応じて枠を広げて記載ください。

様式7

住宅

年　　月　　安否確認簿

	部屋番号	名　前	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
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																																	
28																																	
29																																	
30																																	
31																																	
32																																	
33																																	
34																																	
35																																	

・直接会えた・援助員室に来た・見かけた・インターホン越しに話せた・電話で声が聞けた等、本人の安否が確実に確認できた、
ICT見守り電球設置の住戸で異常メール通知がない＝〇
・マークやカード、マグネットでの確認＝㋮
・ICT見守りサービスの異常メール通知による確認＝I
・不在の理由
入院＝入　　ショートステイ＝S　　デイサービス＝D　　外出＝出　　外泊＝泊　　退院＝退　　病院受診＝HP
施設入所＝施

様式8

シルバーハウジング 生活援助員派遣事業 生活援助員雇用形態報告書

事業者名【　　】　担当者【　　】

令和　年4月1日現在　　住宅名【　　】

	生活援助員名前・ﾌﾘｶﾞﾅ	常勤・非常勤	雇用形態	生活援助員 業務開始年月	所持している資格
1		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
2		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
3		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
4		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
5		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
6		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
7		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
8		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
9		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	
10		常 ・ 非	常勤・非常勤	年　月～	

様式9－1　　年　　月　　日

年度　人権研修実施状況報告書

豊中市　長寿安心課長　様

受託事業者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

豊中市シルバーハウジング生活援助員派遣事業業務に基づく人権研修の実施状況について、以下のとおり報告します。

記

１．年間実施回数　　回

２．各回の実施内容　　別紙のとおり

様式９－２

【 別紙 】

年度 第　回 人権研修

主な 研修テーマ											
実施月日						時間数					
実施 場所等											
受託業務に関わった職員数					人	うち参加人数					人
研修手法	□	討議等の参加型	□	講義	□	視聴覚	□	施設見学	□	感想文・レポート提出	
	□	その他（具体的に　　）					※ 該当するものすべてにチェックを入れて下さい。				
研修内容											
成果 ・ 課題											

様式10　　（　　住宅)シルバーハウジング　安否確認一覧表　　年　月　日

連絡欄印:◎＝常に可(救急搬送時も連絡可)　○＝入院時・死亡時のみ可　△＝死亡時のみ可

	号室	入居者名前	電話番号	かかりつけ医療機関			緊急連絡先				
				医療機関	電話番号	病名	連絡	続柄	名前	電話番号	住所(市町名)
記載例	101	豊中　太郎	(自宅)	●●●クリニック	06-0000-0000	高血圧	◎	長男	豊中　次郎	06-0000-0000	豊中市
			06-0000-00000								
			(携帯)								
	高齢	S10. 10. 10生	090-0000-0000								
1			(自宅)								
			(携帯)								
		S　.　.　生									
2			(自宅)								
			(携帯)								
		S　.　.　生									
3			(自宅)								
			(携帯)								
		S　.　.　生									
4			(自宅)								
			(携帯)								
		S　.　.　生									
5			(自宅)								
			(携帯)								
		S　.　.　生									
6			(自宅)								
			(携帯)								
		S　.　.　生									
7			(自宅)								
			(携帯)								
		S　.　.　生									

様式11

シルバーハウジング生活援助員　年末年始 業務状況（安否確認）

期間：令和　年　月　日～令和　年　月　日

住宅名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受託事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	２８日（　）	２９日（　）	３０日（　）	31日（　）	１日（　）	２日（　）	３日（　）	４日（　）
ＬＳＡ勤務の有無	通常業務							通常業務
勤務時間帯	通常業務							通常業務

担 当 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※令和　年　月　日までにご提出ください。

FAX番号:06-6858-3611　　問合せ:豊中市長寿安心課　06－6858－2856

e-mail:choujuanshin@city.toyonaka.osaka.jp