

令和7年度大津市訪問介護等サービス提供体制確保支援事業  
(ホームヘルパー同行支援) 補助事業実績報告書

令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先)

補助金交付決定通知書(様式第3号)に記載のある日付及び番号  
※途中で変更承認申請を行っている場合は、変更承認決定通知書(様式第10号)に記載の日付及び番号も必要です。該当する方には個別に案内します

補助事業者 所在地 大津市■■■■  
法人名 株式会社 ○○○○  
職・氏名 代表取締役 ▲▲ ▲▲



令和〇年〇〇月〇〇日付け大健介施人第×××号で補助金の交付の決定のあった令和7年度大津市訪問介護等サービス提供体制確保支援事業(ホームヘルパー同行支援)補助事業の実績について、大津市補助金等交付規則第14条の規定により次のとおり報告します。

補助事業の名称	訪問介護等サービス提供体制確保支援事業 (ホームヘルパー同行支援)		
補助事業の着手年月日 及び完了年月日	着手	令和7年	6月 3日
	完了	令和8年	1月 30日
交付決定金額	75,000円		
補助金の既交付金額	0円		
添付書類	・事業実施報告書(様式第15号)		

# 事業実施報告書

法人名 株式会社 ○○○○

事業所名 ○○○○訪問介護事業所

1 事業実施期間

令和7年 6月 3日 から  
令和8年 1月 30日 まで

2 同行訪問回数

30 回

3 同行訪問実績

同行事由は、  
・訪問業務の従事期間が1年未満  
・従事頻度が低く十分な経験が積めていない  
・1年以上ブランクがある  
から選択してください。

No.	同行日	新人職員名	同行職員名	同行者の資格等	同行事由
1	R7.6.3	○○ ○○	★★★★ ★★	サービス提供責任者	訪問業務の従事期間が1年未満
2	R7.6.5	○○ ○○	★★★★ ★★	サービス提供責任者	訪問業務の従事期間が1年未満
3	R7.6.7	○○ ○○	★★★★ ★★	サービス提供責任者	訪問業務の従事期間が1年未満
~~~~~					
11	R7.7.4	△ △△△	☆☆ ☆☆	介護福祉士	訪問業務の従事期間が1年未満
12	R7.7.18	△ △△△	☆☆ ☆☆	介護福祉士	訪問業務の従事期間が1年未満
~~~~~					
16	R7.10.16	□□ □□	★★★★ ★★	サービス提供責任者	1年以上ブランクがある
~~~~~					
29	R8.1.23	□□ □□	★★★★ ★★	サービス提供責任者	1年以上ブランクがある
30	R8.1.30	□□ □□	★★★★ ★★	サービス提供責任者	1年以上ブランクがある

※同行日における新人職員等と同行職員名が記録されているサービス提供記録等の写しを添付してください。