

地域のよりどころ相談窓口試行事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、なごや・よりどころサポート事業実施要綱第4条第5項の規定に基づき、誰もが地域で孤立することなく安心してその人らしく暮らすことができる地域社会を実現するため、社会福祉法人がもつ専門性やネットワークを活かして地域住民等の生活や福祉に関する相談を包括的に受け止め、対応する「地域のよりどころ相談窓口試行事業（以下、「事業」という。）」の実施にあたり必要な事項を定める。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、なごや・よりどころサポート事業参加施設・事業所（以下、「施設」という。）とする。

2 この事業の趣旨に賛同し参加しようとする施設は、事業参加申込書（第1号様式）を、指定された期日までになごや・よりどころサポート事業事務局（以下、「事務局」という。）へ提出するものとする。

3 2により申込みがあった施設について、社会貢献推進委員会において、所在区、種別等に基づき、市内20か所を目安に選定する。

(事業内容)

第3条 この事業は、施設を窓口として、地域住民等の生活や福祉に関する相談を包括的に受け止め、社会福祉法人のもつ専門性やネットワークを活かして対応する。施設では対応できない相談については、行政や各分野の相談支援機関、区社会福祉協議会等と連携し、適切な支援先へつなぐ。

2 窓口は常設を原則とし、これによりがたい場合は月2回、1回3時間以上開設するものとする。

(会議及び研修等)

第4条 事業開始にあたり、事業実施に関わる職員は、事務局が実施する事業実施のための研修を受講するものとする。

2 事業を円滑に実施するため、必要に応じて会議や研修を開催する。

(関係機関との連携)

第5条 事業実施にあたっては、行政、相談支援機関、区社会福祉協議会及び関係団体等と連携して進めるものとする。

(守秘義務)

第6条 この事業の関係者は、個人情報保護に万全を期するものとし、正当な理由なくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(相談実績の報告と費用助成)

第7条 施設は、半期ごとに、業務費用請求書（第2号様式）と、相談記録票（第3号様式）を、

事務局へ提出するものとする。

- 事務局は、業務費用請求書に基づき、施設に半期 10,000 円の基本定額分及び当該施設の本来業務以外の相談 1 件につき 1,000 円（1 月の上限は 3 回 3,000 円とする）の実績払い分の費用助成を行う。

附則

この要領は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

「地域のよりどころ相談窓口事業」

参加申込書

(宛先)

令和 年 月 日

社会福祉法人
名古屋市社会福祉協議会会長

(申込者)

法人名

代表者名 _____ 印

所在地 〒 _____

担当者所属・氏名

TEL

地域のよりどころ相談窓口事業の趣旨に賛同し、下記のとおり申込みます。

記

参加施設・事業所名	
所在地	
電話番号	
FAX	
連絡担当者職・氏名	
事業実施予定日時	
事業実施場所	

令和 年 月 日

社会福祉法人

名古屋市社会福祉協議会会長 様

法人名 _____

施設名 _____

施設長名 _____ 印

担当者名 _____

T E L _____

地域のよりどころ相談窓口試行事業 業務費用請求書

(令和 年 月～ 月分)

下記により支払を受けたいので、関係書類を添えて請求します。

記

1 請求額 _____ 円

2 相談件数等

別添「地域のよりどころ相談窓口試行事業相談実績記録票（第3号様式）」のとおり
_____部

3 振込先銀行口座

銀行名	銀行	支店名	支店
預金種類	普通・当座	口座番号	No.
フリガナ			
名義			

※上半期分は10月10日までに、下半期分は4月10日までにご報告ください。

地域のよりどころ相談窓口試行事業 相談実績記録票

(令和 年 月分 / 枚)

施設・事業所名	
記入者名	

該当するものに○をつけ（複数可）、必要があればご記入ください。

下記により報告します。

計 _____ 件（詳細は下記の通り）

相談内容				
介護・認知症	病気・健康・障害	子育て	お金	仕事
住まい	引きこもり・不登校	DV・虐待	地域全般	
その他（ _____ ）				
対応結果				
左記の該当の欄に○をつけてください		情報提供や相談対応のみで終了		
		自施設のサービスで対応→サービス詳細（ _____ ）		
		他の制度や専門機関へつなぐ→つなぎ先（ _____ ）		
		その他（ _____ ）		

相談内容				
介護・認知症	病気・健康・障害	子育て	お金	仕事
住まい	引きこもり・不登校	DV・虐待	地域全般	
その他（ _____ ）				
対応結果				
左記の該当の欄に○をつけてください		情報提供や相談対応のみで終了		
		自施設のサービスで対応→サービス詳細（ _____ ）		
		他の制度や専門機関へつなぐ→つなぎ先（ _____ ）		
		その他（ _____ ）		

相談内容				
介護・認知症	病気・健康・障害	子育て	お金	仕事
住まい	引きこもり・不登校	DV・虐待	地域全般	
その他（ _____ ）				
対応結果				
左記の該当の欄に○をつけてください		情報提供や相談対応のみで終了		
		自施設のサービスで対応→サービス詳細（ _____ ）		
		他の制度や専門機関へつなぐ→つなぎ先（ _____ ）		
		その他（ _____ ）		

月に4件以上の相談があった場合は様式をコピーして追加をお願いします。