

主任介護支援専門員謝礼支払基準

(目的)

第 1 条

この基準は、八王子市内主任介護支援専門員の活動に関して交通費実費分相当の額を支払目的のために必要事項を定める。

(交通費実費相当の支給)

第 2 条

主任介護支援専門員が八王子市役所または八王子市高齢者あんしん相談センター、当会の要請により研修などのファシリテーターとして派遣された場合に主催者の申請に基づいて支払うことができる。

- (1) 対象となる主任介護支援専門員は当会の主催するファシリテーター研修（3 日間実施の全日）に参加した者で修了証を所持している者。修了証は研修修了後に様式 1 及び主任介護支援専門員研修修了証（写し）を当会に提出した者とする。提出した者は八王子市役所および八王子市高齢者あんしん相談センター、当会に名簿を公表することに承諾するものとする。
- (2) 支給対象となる事業は八王子市、八王子市高齢者あんしん相談センター、当会が主催する研修などでファシリテーターとして参加した主任介護支援専門員に主催者が様式 2 に基づいて申請した場合に限る。

(支払の種類)

第 3 条

本基準に基づいて申請される主任介護支援専門員に支払われるものは交通費実費相当額のみとする。

(締切期間)

第 4 条

謝礼の締切期間は、当月の 1 日から月末までの一ヶ月とする。

(支払日及び方法)

第 5 条

支払日は参加した研修当日に現金で支払う事を基本にするが、やむを得ず振込等にする場合は手数料は本人持ちとする。

(交通費実費相当の額)

第 6 条

交通費の実費相当の額として一回 2, 0 0 0 円支給する。

(補 足)

第 8 条

この基準に定めのない事項に関しては都度、当会理事会において決定する。

附 則 この基準は、平成 2 6 年 1 1 月 1 日から平成 2 7 年 3 月 3 1 日とする。  
この基準は、平成 2 7 年 7 月 1 日から平成 2 8 年 3 月 3 1 日とする。

様式 2

平成 年 月 日

主任介護支援専門員ファシリテーター登録届（新規・変更）

基本情報

|              |   |
|--------------|---|
| 氏 名          | Ⓜ |
| 勤務事業所名       |   |
| 事業者番号        |   |
| 住 所          |   |
| 電話番号         |   |
| F A X 番号     |   |
| 連 絡 先<br>携 帯 |   |

修了証情報

| 登録番号 | 主任介護支援専門<br>員修了証 年月日 | ファシリテーター研修受講日 |       |       |
|------|----------------------|---------------|-------|-------|
|      |                      | 平成            | 年     |       |
|      | 年 月 日                | 年 月 日         | 年 月 日 | 年 月 日 |

※ 勤務事業所名、連絡先等に変更がある場合は変更箇所のみ記入して下さい。

※ 記入者は必ず氏名、押印をお願い致します。

