

いわて障がい福祉復興支援センター「被災障がい者実態調査」調査員募集要領

1 目的

東日本大震災津波による被災障がい者実態調査に関し、県社協障がい協、県知福協の会員施設、関係団体等に対する、調査への協力、調査員の募集の方法等を定めることを目的に、この要領を定める。

2 支援先

いわて障がい福祉復興支援センター圏域センターのうち次の4カ所

圏域センター名	所在地
久慈圏域センター	久慈市小久慈町 65-16-2 恵水園 内
宮古圏域センター	宮古市末広町 6-7
釜石圏域センター	釜石市野田町 1-1-32 グループホームクローバー1 階
気仙圏域センター	陸前高田市高田町東和野 37-1 あすなろホーム作業棟 2 階

3 調査期間

10 月 1 日（月）から 12 月 31 日（月）まで

4 募集人数

当該圏域センターの調査実施スケジュールに基づいて、募集人数を別に定めます。

5 調査の開始時期

各圏域センターと調整のうえ決定。

6 調査日程

基本的な活動期間は 1 回あたり 5 日間としますが、派遣元事業所の事情により 5 日以下の期間での活動でも構いません。

※活動日の初日に調査の目的や方法、注意事項などについて、当該圏域センター所長による 1～2 時間程度のオリエンテーションを行います。

※長期または日帰りでの活動も可能とします。

7 主な活動内容

- (1) 被災障がい者世帯への訪問調査 等
- (2) その他、各圏域センター所長の指示に基づく作業

※調査要領の別紙 2「調査手順」と別紙 3「調査票」の内容をあらかじめ把握しておくようお願いいたします。

8 勤務時間及び曜日

勤務時間⇒A勤：8時30分～17時15分

B勤：9時00分～17時45分

曜日⇒土日も含め、曜日に関係なく勤務の可能性があります。

9 初日の集合時間及び場所、最終日の解散時間

初日の勤務開始時間（A勤は8時30分、B勤は9時）に派遣先の圏域センターへご集合下さい。

最終日の勤務終了時間（A勤は17時15分、B勤は17時45分）に解散となります。

なお、前泊が必要な場合は、その旨を「申込書」にご記入下さい。

10 活動の条件

(1) 宿泊

派遣先圏域センター近隣の宿泊施設（ビジネスホテル、旅館、ボランティア用の簡易宿泊所 等）

※圏域センターで指定する宿泊所にご宿泊下さい。

(2) 準備品

支援業務に適した服装と名札、着替え、上履き、洗面用具等

(3) 現地までの行き方

現地直行・直帰をお願いいたします。

(4) 指揮系統

派遣先圏域センター所長の指揮を受けての活動となります。

(5) 車両

調査活動に用いる車両の持込をお願いします。

11 派遣に係る費用について

報償費	1人につき1日6,000円を支給いたします。 報償費の支払先は本人または施設の口座として下さい、
旅費	岩手県社協の規程により、お支払いします。 旅費は、往復交通費、宿泊費、現地経費になります。施設の公用車によって旅行する場合など、旅費の一部の受取先が個人口座でない場合は、受け取り方法（振込先）を「調査員派遣連絡票」の「その他・備考欄」にご記入下さい。 調査活動中の車両燃料費は規定に基づく額をお支払いします。 なお、施設公用車（私用車借上を含む）を使用される場合の旅費の振込先は施設の口座として下さい。

12 活動期間中の身分

各事業所における業務の一環となります。各事業所からの派遣にあたっては出張扱いとして下さい。

13 保険対応

岩手県社協の依頼を受けて職員を派遣していただきますので、次のとおり「福祉サービス総合補償」の保険に加入しています。保険料は岩手県社協で負担しております。

【加入保険】別添「福祉サービス総合補償パンフレット（写）」をご参照ください。

14 申込み方法

別紙職員派遣申込書により電子メールまたはファクシミリでお申込みください。
なお、ファクシミリでお申し込みの際は着信のご確認をお願いいたします。

15 申込み先・問合せ先

岩手県社会福祉協議会 いわて障がい福祉復興支援センター

(担当：斉藤、伊藤、朽木、加藤)

E-mail：y-saitou@iwate-shakyo.or.jp

TEL 019-601-8484 FAX 019-601-8488

住所 〒020-0836 盛岡市津志田西2丁目3-25

別紙

平成 年 月 日

岩手県社会福祉協議会 いわて障がい福祉復興支援センター 所長 殿

施設・団体名 _____
施設長名 _____
電話番号 _____ FAX _____

いわて障がい福祉復興支援センター「被災障がい者実態調査」調査員派遣連絡票
次の通り調査員を派遣します。

(フリガナ) 職員氏名	()	性 別	男・女	年 齢	歳
自宅住所	(〒)				
電話番号		FAX 番号			
携帯番号					
現在の職種					
資格等					
経験年数	年				
派遣期間	月 日から 月 日まで	(宿泊希望 有・無)	(前泊 有・無)		
	月 日から 月 日まで	(宿泊希望 有・無)	(前泊 有・無)		
	月 日から 月 日まで	(宿泊希望 有・無)	(前泊 有・無)		
	月 日から 月 日まで	(宿泊希望 有・無)	(前泊 有・無)		
	月 日から 月 日まで	(宿泊希望 有・無)	(前泊 有・無)		
派遣を希望する 圏域センター名	気仙圏域センター				
車両の協力	公用車	私用車	車両なし		
その他・備考					

※派遣職員 1 名について 1 枚の申込書の作成をお願いいたします

岩手県社会福祉協議会 いわて障がい福祉復興支援センター (担当：斉藤、伊藤、加藤 朽木)

E-mail：y-saitou@iwate-shakyo.or.jp FAX 019-601-8488

※用紙のマスが足りない場合は、コピーしてご記入下さい。

振込先口座報告書

氏 名	
連 絡 先	〒

振込先金融機関（ゆうちょ銀行を除く）

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 そ の 他						
本・支店名	本 店 ・ 支 店 支 所						
預 金 種 別	普通預金 当座預金						
口 座 番 号							
フリガナ	要 記 入						
口座名義人							

岩手県社会福祉協議会 いわて障がい福祉復興支援センター 朽木行き
FAX 019-601-8488

※施設公用車（私用車借上を含む）をご使用の場合の旅費振込先口座は、施設の口座をご報告下さい。

※報償費の支払先口座は、ご本人の口座をご報告下さい。