

# 「介護保険対象者の生活保護との関係」

生活保護法の第1条に「国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的」とあります。高齢者の年金も年々下げられ、生活に苦しむ方も少なくないでしょう。「最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持」していくには介護保険で関わる私たちはどのように活用していただけるのでしょうか。今回は町田市生活援護課のご協力のもと「生活保護制度」について講義をしていただけることになりました。これを機会に「生活保護」について学んでみませんか？

～内容～

講演 「**介護保険対象者の生活保護との関係**」

講師 町田市地域福祉部 生活援護課



◆ 日時：2018年 12月 18日（火）  
18：30～20：30（受付：18：00～）

◆ 会場：町田市役所本庁舎2階 2-1会議室

注）市役所の駐車場の無料券は発券されませんので、車での来館はお控えください。

- ◆ 対象：居宅介護支援事業所、高齢者支援センター、行政職員、医療・介護保険関係事業所
- ◆ 参加費：資料代として、500円
- ◆ 定員：50名

注：応募者多数の際、参加人数について、事業所毎での調整をお願いする場合がございます。

◆ 申込締切：2018年12月 4日（火）

◆ 申込方法・問い合わせ先

「参加申込書」に必要事項をご記入のうえ、町田市介護人材開発センターへ

E-mail または F A X にてお送りください。

※本研修は、参加決定通知の送付はありません。特段の連絡がない場合は、参加可となります。

一般社団法人 町田市介護サービスネットワーク

町田市介護人材開発センター事務局

電話：042-851-9578 FAX：042-851-9579

E-mail：[info@machida-kjkc.jp](mailto:info@machida-kjkc.jp)

町田市・町田市介護人材開発センター共催

**「介護保険対象者の生活保護との関係」**

(12/18開催) 参加者申込書

申込年月日： 2018年 月 日

【必須：申込担当】

法人名： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

住 所	〒 _____
メールアドレス	_____
電話番号 [連絡先]	_____

## 【参加者名】

	所属部署 (事業所) 名	事業種 (下記の数字を記入)	職種 (○で囲む)	経験 年数	カ 氏 名
1			1.介護支援専門員(主任) 2.相談員 3.その他( )		
2			1.介護支援専門員(主任) 2.相談員 3.その他( )		
3			1.介護支援専門員(主任) 2.相談員 3.その他( )		

## 《事業種 No.》

1. 訪問介護 2. 通所介護 3. 福祉用具 4. 訪問看護 5. 特定施設 6. 居宅介護支援 7. 特養  
8. 老健 9. 小規模多機能特定施設 10. グループホーム 11. 高齢者支援センター 12. 医療機関  
13. 行政 14. その他( )

※ いただいた情報は適正に管理し、研修事業の目的以外には使用いたしません。

ありがとうございました。

事務局使用欄  
【060-18-23】

受付	入力	決定通知
		無