様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

社会福祉法人　あきる野市社会福祉協議会

会　長　　倉　田　克　治　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

あきる野市介護支援ボランティア登録申請書

　介護支援ボランティアとして登録を受けたいので、あきる野市介護支援ポイント制度実施要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 緊急連絡先  （家族等） | | 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 電話番号 |  | | |
| 希望する活動内容  （該当する□にレ印を付けてください。） | | □　配膳、下膳、お茶出し  □　散歩、外出、屋内移動の補助  □　施設内の手すり等の清掃、車椅子の手入れ・清掃  □　施設利用者の話し相手  □　将棋等ゲームの相手  □　各種サークルの準備・手伝い  □　レクリエーション等の指導・支援  □　催事の手伝い  □　裁縫  □　洗濯物の整理  □　草刈りの補助  □　その他補助的な作業  　　　具体的に | | | |
| その他の希望等 | |  | | | |

（注）

　１　枠内の情報は、介護支援ポイント制度の運営に必要となる範囲内で、あきる野市、管理機関及び受入機関の間で相互利用されます。

　２　介護支援ボランティアとして活動するには、ボランティア活動保険等に加入している必要があります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 日 | 登録NO | 施設NO | 施　　設　　名 | 活 動 日 | 活　動　内　容 | ボラ保険確認 |
| 年 　月　 日 |  |  |  |  |  |  |