

年 月 日

社会福祉法人 あきる野市社会福祉協議会
会 長 網 代 和 夫 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参加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						