

鯖江市介護支援サポーター登録申請書

年 月 日

鯖江市長 様

鯖江市介護支援サポーター活動を行いたいので、下記のとおり登録を申請します。

住 所	鯖江市		
ふりがな			
氏 名	血液型：		
連絡可能な電話番号・曜日・時間帯	電話番号	曜日	時間帯
生年月日	明・大・昭	年	月 日
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
介護保険被保険者番号			

- ◎ 活動内容・活動場所の希望等について、記入してください。
(活動先を紹介する際に、参考とさせていただきます場合があります。)

活動内容	1. 話し相手,ゲーム相手 2. 配膳,下膳 3. 行事等の指導,支援 4. 施設内移動の補助 5. 洗い物、洗濯物の整理 6. 入浴後の整容 7. 芸能披露	その他 下記のような活動内容を希望(具体的に)。 []						
	1. 市内どこでもよい。 交通手段 車 ・ 自転車 ・ その他	2. 下記の地区 (または施設) を希望する。 []						
活動可能な曜日・時間	月	火	水	木	金	土	日	未定
	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
特技 趣味	ボランティア経験 (具体的にご記入下さい)						有 ・ 無	

連絡先：鯖江市社会福祉協議会 TEL 51-0091

- ◎アンケートにご協力ください。

介護サポーターになぜ登録しようと思ったか、該当する番号に○をつけてください。

1. 将来にわたって元気でいたいから	2. 地域に貢献したいから
3. 介護に関心があるから	4. ポイントがもらえるから
5. その他 ()	

<受付確認欄> 以下については、記入しないで下さい。

介護保険被 保険者番号 の記入	介護保険料 の滞納の有 無(有の場合 は換金不可)	年間5000ポ イント上限、繰越 はなしの説 明	換金申請は 随時可能、換 金は1回のみ の説明	手帳の配布 紛失の注意 (手帳に記 名)	活動で知り 得た個人情 報取り扱い の注意	この用紙の 表面をコピ ーを登録者 に渡す	ポイントの 換金

<備考欄>

--