

殿

申請者 住所
氏名

印

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。)	<input type="checkbox"/> 配膳、下膳、お茶出し <input type="checkbox"/> 散歩、外出、屋内移動の補助 <input type="checkbox"/> 施設内の手すり等の清掃、車椅子の手入れ・清掃 <input type="checkbox"/> 施設利用者の話し相手 <input type="checkbox"/> 将棋等ゲームの相手 <input type="checkbox"/> 各種サークルの準備・手伝い <input type="checkbox"/> レクリエーション等の指導・支援 <input type="checkbox"/> 催事の手伝い <input type="checkbox"/> 裁縫 <input type="checkbox"/> 洗濯物の整理 <input type="checkbox"/> 草刈りの補助 <input type="checkbox"/> その他補助的な作業 <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 具体的に </div>			
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。