令和　年度　天草市地域支援事業「通いの場」登録申請書

【様式１】

　　年　　月　　日

天草市長　様

　次のとおり「通いの場」の登録を申請します。

　なお、各支所、地域包括支援センターや社会福祉協議会へ下記の内容について情報

提供を行うことに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 団　体　名 |  |
| 代表者名 | 〒　住所　氏名　 | 電話 |  |
| 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 活動拠点名称 |  | 行政区名 |  |
| 活動拠点住所 |  |
| 活動内容 | ・市が薦める介護予防活動・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加費 | ①　有　（年・月　　　　　　円）・無②　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通いの場の開催頻度 | 　毎週　　回　　　　　　　　　　　実施場所　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加者数 | 　　　人　　　　　男　　人（うち６５歳以上　　人）　　　　　　　　　女　　人（うち６５歳以上　　人） |
| 参加条件 | 地域の方なら誰でも参加できますか？　（　はい　・　いいえ　） |
| 結成年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　年　　月経過） |
| 個人情報の取扱いについて | 記載いただいた情報は、介護予防・健康増進事業以外の目的には使用いたしませんが、ホームペーシﾞや通いの場の一覧表等に掲載させていただきますので、公開を希望しない箇所を○で囲んでください。団体名、代表者名、代表者住所、電話、携帯、ＦＡＸ、活動拠点名・住所、行政区名、活動経費の有無、通いの場の開催頻度、実施場所、参加者数、結成年月日 |

※申請時に、参加者名簿（様式２）を添付してください。

高齢者支援課　確認欄

受付番号：

DVD配布：　　月　　日済

貸出希望：DVDﾌﾟﾚｲﾔｰ､血圧計

リハ職派遣：依頼書　　　済

　　　　　お知らせ　　　済

提出日　　　　　年　　月　　日

【様式２】

「通いの場」参加者名簿　　　　　団体名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　名 | 性別 | 住所(番地不要です) | 年齢 | 要介護認定等 | 支援者に**○(２人まで)** |
| 記入例 | 天草　通子 | 女 | 天草市東浜町 | □65歳未満**☑**65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者**☑**要支援（**２**　）□要介護（　　） |  |
| １ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ２ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ３ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ４ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ５ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ６ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ７ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ８ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ９ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １０ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １１ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |

　　※年齢及び要介護認定等は、該当箇所にチェックしてください。

提出日　　　　　年　　月　　日

【様式２】

「通いの場」参加者名簿　　　　　団体名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　名 | 性別 | 住所(番地不要です) | 年齢 | 要介護認定等 | 支援者に**○(２人まで)** |
| 記入例 | 天草　通子 | 女 | 天草市東浜町 | □65歳未満**☑**65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者**☑**要支援（**２**　）□要介護（　　） |  |
| １２ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １３ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １４ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １５ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １６ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １７ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １８ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| １９ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ２０ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ２１ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |
| ２２ |  |  |  | □65歳未満□65歳～74歳□75歳以上 | □なし□総合事業対象者□要支援（　　）□要介護（　　） |  |

　　※年齢及び要介護認定等は、該当箇所にチェックしてください。