

年 月 日

今 治 市 長

申請者 住所

法人名

代表者名

印

今治市介護支援ボランティア事業受入機関指定申請書

今治市介護支援ボランティア事業の受入機関として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受入機関の種別 （該当するもの一つにチェック）	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 ※いずれも介護予防を含む。 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）
受入施設	所在地 名 称 電話番号
受入活動内容 （該当するもの全部にチェック）	<input type="checkbox"/> レクリエーション等の参加支援又は補助 <input type="checkbox"/> お茶出し、配膳、下膳等の補助 <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 散歩、外出及び管内移動の補助 <input type="checkbox"/> 模擬店等行事の会場設営又は補助 <input type="checkbox"/> 受入機関の職員と共に行う軽微かつ補助的な作業（草取り、洗濯物の整理、シーツ交換等） <input type="checkbox"/> その他市長が認める活動
受入人数	
受入期間	年 月 日 ～ 年 月 日