

様式第1号（第9条関係）

年 月 日

飛驒市長 あて

住所

法人名

代表者

印

飛驒市介護サポーター制度対象施設指定申請書

飛驒市介護サポーター制度対象施設として指定を受けたいので、飛驒市介護サポーター制度実施要綱第9条第1項の規定に基づき申請します。

施設名	
施設所在地	
介護保険事業所番号	
受け入れたい活動内容	<input type="checkbox"/> ①レクリエーション等の指導、参加及び支援 <input type="checkbox"/> ②お茶出しや食堂内の配膳、片付けなどの補助 <input type="checkbox"/> ③散歩、外出、館内移動の補助 <input type="checkbox"/> ④施設及び事業所の催事に関する手伝い <input type="checkbox"/> ⑤入所者、利用者の話し相手 <input type="checkbox"/> ⑥受入機関の職員と共に行う軽微かつ補助的な作業 <input type="checkbox"/> ⑦その他（ ）
現在の活動人数	人（うち、65歳以上の活動人数： 人
担当者名	
連絡先	電話
	FAX
	E-mail

注意 「介護保険事業所番号」の欄は、該当がある場合のみ、ご記入下さい。