

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

芦屋市長 宛

芦屋市ひとり一役活動指定申請書

芦屋市ひとり一役活動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

| | | | | |
|---|---|------|----------|--|
| 申請者 | 所在地 | 〒 | | |
| | 事業所名 (活動場所) | | | |
| | 団体名 代表者 | 印 | | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | |
| 受入開始日 | 年 月 日から | 受入人数 | 最大 人程度/日 | |
| 事業所 種 別 | <input type="checkbox"/> 通所介護施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 活動内容 (該当する ものすべて に <input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> レクリエーション等の指導, 補助 <input type="checkbox"/> 話し相手, 傾聴 <input type="checkbox"/> 散歩, 外出, 屋内移動時の見守り, 声かけ等 <input type="checkbox"/> 催事に関する手伝い (模擬店運営, 会場設営, 利用者の移動時の見守り, 声かけ等) <input type="checkbox"/> お茶出し, 配膳, 下膳等の手伝い <input type="checkbox"/> 受入機関の職員とともに行う軽微かつ補助的な掃除等の軽作業 (清掃等の補助, 洗濯物の整理等) <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

※申請者欄の所在地, 事業所名, 電話番号, FAX番号等は, 受入事業所のものを記入すること。

●以下の内容についても，ひとり一役ワーカーが活動先を探す際の参考になりますので，可能な限りご記入ください。

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---|----|---------|---|---|---|---|-----|---|
| 受入可能な曜日・時間 ※○を記入してください。 時間指定の場合は，その時間を記入してください。 | | | | | | | | |
| ※曜日・時間等について何かあればご記入ください。 | | | | | | | | |
| ひとり一役ワーカー受入にあたっての面談の有無 | | あり ・ なし | | | | | | |
| 担当者 | 職： | | | | | | 氏名： | |
| | 職： | | | | | | 氏名： | |
| 担当者への問い合わせ時間 | | | | | | | | |
| 駐輪場の利用可否 | | 可 ・ 不可 | | | | | | |
| 活動時の服装・持ち物など | | | | | | | | |
| 活動時の注意事項 | | | | | | | | |
| 備考 (例)アクセス方法など | | | | | | | | |
| 施設・事業所の紹介 ※自由にご記入ください。 ※施設・事業所のパンフレット等がございましたら添付してください。 | | | | | | | | |