

申請日	年	月	日
届出日			

福岡市介護支援ボランティア事業
受入機関指定申請書（兼 変更・辞退届出書）

（あて先）福岡市社会福祉協議会会長

次のとおり、申請（届出）します。

ふりがな				
事業所名				
担当者名				
所在地	〒 福岡市 区			
電話・FAX	TEL () FAX ()			
E-mail	@			
サービス種類 (いづれか1つに ○をつけてください)	☐	①介護老人福祉施設	☐	⑨認知症対応型通所介護事業所
	☐	②介護老人保健施設	☐	⑩通所介護事業所
	☐	③介護療養型医療施設	☐	⑪通所リハビリテーション事業所
	☐	④地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所	☐	⑫短期入所生活介護事業所
	☐	⑤認知症対応型共同生活介護事業所	☐	⑬短期入所療養介護事業所
	☐	⑥特定施設入居者生活介護事業所	☐	⑭看護小規模多機能型居宅介護事業所
	☐	⑦地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	☐	⑮地域密着型通所介護事業所
	☐	⑧小規模多機能型居宅介護事業所	☐	⑯その他
ボランティアの 主な活動内容 (該当するのすべてに○をつけて下さい)	☐	①レクリエーション(囲碁・将棋・麻雀・書道・茶道・華道・折り紙・絵手紙・手工芸・テーブルゲーム等の指導・補助)		
	☐	②芸能披露(入所者・利用者への芸能披露)		
	☐	③話し相手(入所者・利用者)		
	☐	④行事手伝い(夏祭り・秋祭り・敬老会・誕生会・クリスマス会等)		
	☐	⑤食事介助の補助(お茶だし・配膳・下膳等)		
	☐	⑥入浴介助の補助(ドライヤーかけ、整髪、からだ拭きの補助等)		
	☐	⑦清掃や衣類整理(サービス利用者が利用する場所)		
	☐	⑧散歩、屋内移動、車イス等の補助		
	☐	⑨美容(理美容、メーキャップ、ハンドマッサージ、ネイル等)		
	☐	⑩その他		
活動日時	曜日:		活動時間: 時 分 ~ 時 分	
ボランティアに対する必要経費の支給	費用弁償(・交通費 円 ・材料費 円 ・その他 円)			
備考				
変更の場合	変更になった事項をチェックしてください。 ☐ 名称・ ☐ 所在地・ ☐ 連絡先 ☐ 主な活動内容()・ ☐ その他()			
辞退の場合	指定を辞退する理由			

※活動の内容によってボランティアに対する必要経費の支給が異なる場合は、備考にそれぞれご記入下さい。

処理欄	受入機関番号	備考
-----	--------	----