様式第１－１号(施設活動用)

**介護サポーター登録申請書**

管 理 機 関　様

福井市介護サポーターポイント制度の介護サポーターとして登録したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 住　　所 | 福井市 | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 連絡可能な電話番号・曜日・時間帯 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　　　　　　　　　時間帯 | | |
| 生年月日 | 大・昭　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 年 齢 | 歳 | 性 別 | 男　・　女 |

◎活動場所・活動内容の希望について、記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動内容 | １．介護サービス事業所  ２．放課後児童クラブ  ３．どちらでもよい | | | | | | 主に下記のような活動内容を希望する。 | | | | | | | | | | |
| 活動場所 | １．市内どこでもよい。  交通手段  　車 ・ 自転車 ・ その他 | | | | | | ２．下記の地区（または施設）を希望する。 | | | | | | | | | | |
| 活動可能な  曜日・時間 | 月 | | 火 | | 水 | | | 木 | | 金 | | 土 | | | 日 | | まだ決めていない |
| ＡＭ | ＰＭ | ＡＭ | ＰＭ | ＡＭ | ＰＭ | | ＡＭ | ＰＭ | ＡＭ | ＰＭ | ＡＭ | ＰＭ | ＡＭ | | ＰＭ |  |

＜介護サポーターポイント制度の注意事項について＞

* 要介護認定を受けている方は、介護サポーターの登録はできません。また、サポーター登録時は認定を受けていなかったが、途中で認定を受けた場合、サポーター登録は抹消されます。この場合、認定を受ける前までに得たポイントは換金可能です。
* 介護保険料の滞納がある方は、ポイントの換金ができません。
* ポイントの換金は、年度ごとに500円から5,000円まで、100円単位で可能です。（年間0～400ポイントの方は換金できません。）
* 年間の活動期間は、３月から２月までの１２ヶ月間です。
* ポイント換金の申し出は、３月１日から３月２１日までの間に行ってください。（例：令和２年３月～令和３年２月末までの活動 → 令和３年３月１日～２１日の間に換金申し出）
* 手帳を紛失されても、過去の活動実績が確認できる分についてはポイントを再付与しますので、早急に下記の管理機関に連絡してください。

連絡先：福井市シルバー人材センター　ＴＥＬ ２７－０７０１

◎アンケートにご協力ください。

介護サポーターになぜ登録しようと思ったか、該当する番号に○をつけてください。

|  |
| --- |
| １．将来にわたって元気でいたいから　　２．地域に貢献したいから  ３．介護に関心があるから　 ４．子どもに関心があるから　 ５．ポイントがもらえるから  ６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜受付確認欄＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護認定の有無（有の場合はサポーター登録不可） | 介護保険料の滞納の有無（有の場合は換金不可） | 年間500ポイント未満の場合は換金できないことの説明 | 手帳の配布（手帳に名前を書くようにお願いする） | サポーター活動で知り得た個人情報の取り扱い注意のお願い | エプロン  の配布 | この用紙の表面をコピーしたものを登録者に渡す |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜備考欄＞

|  |
| --- |
|  |