様式第１－３号(生活支援活動用)

　　年　　月　　日

介護サポーター生活支援グループ登録申請書

福 井 市 長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住　所 |  |
| 代表者 | 氏　名 |  |
|  | 電　話 |  |

福井市介護サポーターポイント制度の生活支援グループとして登録したいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| グループ名 |  |

１　グループ代表者について

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 福井市 |
| ふりがな |  | 電話番号 |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　　月　　　日　 | 年齢 | 　　　　歳 |
| 備　　考 |  |
| 地域包括ケア推進課記載欄 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　活動場所について

|  |  |
| --- | --- |
| 地区・活動範囲 | （　　　　　　　　　　）地区（自治会） |

３　活動内容について

|  |  |
| --- | --- |
| 活動可能な生活支援 | (　)ごみ出し　　(　)散歩、外出の補助(　)家財の移動　(　)買い物代行　(　)玄関先の雪かき(　)電気製品取扱及び簡単な修繕(　)その他【　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　】 |
| 可能日時 | 月（　） | 火（　） | 水（　） | 木（　） | 金（　） | 土（　） | 　日(　　) |

４　グループメンバーについて　（ 新規 ・ 追加 ）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 福井市 |
| ふりがな |  | 電話番号 |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　　月　　　日　 | 年齢 | 　　　 歳 |
| 備　　考 |  |
| 地域包括ケア推進課記載欄 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 福井市 |
| ふりがな |  | 電話番号 |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　　月　　　日　 | 年齢 | 　　　 歳 |
| 備　　考 |  |
| 地域包括ケア推進課記載欄 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜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１０回以上の活動で5,000円まで、10円単位で可能です。

・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、早急に福井市地域包括ケア推進課に連絡してください。

連絡先：福井市役所　地域包括ケア推進課　ＴＥＬ ２０－５４００