様式第１－２号(地域活動用)

**介護サポーター登録申請書**

福 井 市 長　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。

１　申請者について　　※グループ登録の場合は代表者を記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 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（ 新規 ・ 追加 ）

|  |  |
| --- | --- |
| 地区・会場名 | （　　　　　　）地区  ・  ・  ・ |

　　※活動する開催会場が複数ある場合は、すべての会場名を記入すること。

３　グループメンバーについて（ 新規 ・ 追加 ）　　※グループ登録の場合のみ記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |

　　※書ききれない場合は、別紙をご利用ください。

＜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）

連絡先：福井市役所　地域包括ケア推進課　ＴＥＬ ２０－５４００

＜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 |
|  |  |  |  |  |  |  |