

大野城市長 様

大野城市介護予防ボランティア活動受入施設指定申請書

大野城市介護予防ボランティア事業実施要綱（平成29年要綱第12号）第8条第2項の規定により、下記のとおり大野城市介護予防ボランティア活動受入施設の指定を申請します。

記

申請者	所在地 法人名 代表者		印
事業所名			
管理者氏名			
所在地	〒		
TEL/FAX	/		
メールアドレス			
提供しているサービスの種類 (該当するものに○をつけてください。※は介護予防含む。)	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	
	介護療養型医療施設	通所介護（総合事業含む）	
	通所リハビリテーション※	短期入所生活介護※	
	短期入所療養介護※	特定施設入居者生活介護※	
	小規模多機能型居宅介護※	地域密着型通所介護（総合事業含む）	
	認知症対応型通所介護※	認知症対応型共同生活介護※	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
	その他市長が適当と認めた施設		
希望する活動（該当するものに○）		具体的な希望	
利用者の話し相手			
囲碁・将棋等の娯楽の相手			
レクリエーション等の指導・参加支援			
模擬店、会場設営、芸能披露等の行事手伝い			
洗濯物の整理等の軽微な作業			
お茶出し、配膳、下膳等の補助			
その他（ ）			