

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者

住所.....

事業所名.....

管理者名.....

連絡先 (Tel)

FAX 番号.....

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度受入機関指定申請書

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度の受入機関として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

受入事業所	事業所名	
	事業所番号	
	併設事業所名	
主な活動内容	☐ レクリエーションなどの指導・参加支援 ☐ 施設内外の清掃活動 ☐ 洗濯物の整理・シーツの交換 ☐ お茶出しや食事の配膳・下膳などの補助 ☐ 話し相手 ☐ その他施設職員と共に行う補助的な活動 ※該当する活動枠に☑を入れてください。	
受入人数	名	
スタンプの管理者名		
サポーター受入担当者	氏名	
	TEL	
	E メール	

《提出先》

〒860-8601 (市役所専用郵便番号) ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可

熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所介護保険課 総務企画班

TEL: 096-328-2347 FAX: 096-327-0855

記入もれがないか確認

令和

年

月

様式2
日

熊本市長 様

申請者

住所.....

事業所名.....

管理者名.....

連絡先 (Tel)

FAX 番号.....

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度受入機関指定申請書

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度の受入機関として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受入事業所	事業所名	
	事業所番号	
	併設事業所名	
主な活動内容	☐ レクリエーションなどの指導・参加支援 ☐ 施設内外の清掃活動 ☐ 洗濯物の整理・シーツの交換 ☐ お茶出しや食事の配膳・下膳などの補助 ☐ 話し相手 ☐ その他施設職員と共に行う補助的な活動 ※該当する活動枠に☑を入れてください。	
受入人数	名	
スタンプの管理者名		
サポーター受入担当者	氏名	
	TEL	
	Eメール	

各施設が介護保険サービスの指定を受ける際に、自治体から個別に付番される番号（不明の場合は記載不要）

《提出先》

〒860-8601（市役所専用郵便番号） ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可

熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所介護保険課 総務企画班

TEL：096-328-2347 FAX：096-327-0855