

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者

住所.....

事業所名.....

施設長名.....

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

受入事業所名 (活動場所)	施設名	
	事業所番号
	併設事業所名	
主な活動内容	<input type="checkbox"/> レクリエーションなどの指導・参加支援 <input type="checkbox"/> 施設内外の清掃活動 <input type="checkbox"/> 洗濯物の整理・シーツの交換 <input type="checkbox"/> お茶出しや食事の配膳・下膳などの補助 <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 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