様式３

令和　　年　　月　　日

熊本市長　様

申請団体名称……

代表者氏名……

代表者住所……

代表者連絡先……

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(介護予防サポーター)

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

活動種別	□ふれあい・いきいきサロン　□くまもと元気くらぶ　□認知症カフェ □総合事業 通所型サービスＢ　□認知症徘徊模擬訓練　□地域の介護予防に資する活動	
申請団体名称	（　　）校区	
共催者氏名	※共催者がいる場合はご記入ください。	
活動場所	活動場所（施設名等）	
	住　　所	〒
活動頻度及び時間	活動頻度	年　・　月　・　週　（　　回 ／　　曜日 ）
	１回あたりの活動時間	
主な活動内容	現在の活動内容について該当するものに☑を入れてください。（複数回答可） □　体操（運動）　□　レクリエーション □　会食　□　軽スポーツ（グラウンドゴルフ等） □　茶話会　□　物づくり（手芸等） □　認知症予防（脳トレ等）　□　カラオケ □　健康チェック　□　その他（　　） □　健康講話・出前講座	
予防サポーターに求める活動	予防サポーターに求める活動に☑を入れてください。（複数回答可） □　体操（運動）　□　レクリエーション □　会食　□　軽スポーツ（グラウンドゴルフ等） □　茶話会　□　物づくり（手芸等） □　認知症予防（脳トレ等）　□　カラオケ □　健康チェック　□　その他（　　） □　健康講話・出前講座	
予防サポーター受入可能人数	（　　名）程度受入可能　・　何名でも受入可能	
スタンプ管理者氏名		
予防サポーター受入担当者氏名		連絡先

≪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