

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者

指定 NO. _____

住 所 _____

施設名 _____

施設長名 _____

連絡先（TEL） _____

FAX番号 _____

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度活動内容変更届

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度の活動内容変更について、下記のとおり活動内容を変更します。

記

活動内容の変更	<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 ※変更後の活動内容全てに☑を入れて下さい
受入人数	名（1日受入人数を記入）
スタンプの管理者	
担 当 者	

《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