登録に必要な書類

・「通いの場」登録申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式１

登録内容を変更する場合に必要な書類

・「通いの場」登録変更申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式３

年度初めに必要な書類

・通いの場活動実績報告書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 様式６

　※　活動を行った際に活動実績を記入していただき、１年分の活動実績を年度初めにご提出いただきます。

　※　「通いの場」が健康・ケアアドバイザーの派遣を依頼する際に、依頼可能な回数を決定する資料になりますので、活動のたびに必ず記入してください。

桑名市地域包括ケアシステム「通いの場」登録申請書

【様式１】

　　令和　　年　　月　　日

桑名市長　様

　次のとおり「通いの場」の登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 団　体　名 |  |
| 代表者名 | 〒　住所　氏名　 | 電話 |  |
| 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 活動拠点名称 |  | 自治会名 |  |
| 活動拠点住所 |  |
| 活動目的 |  |
| 活動内容 | ※該当する活動を〇で囲んでください。体操（運動）・会食・茶話会・認知症予防・趣味活動・その他（　　　　　） |
| 参加費 | ①　有　（年・月　　　　　　円）・無②　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通いの場の開催頻度 | 　毎週・月　　回　　　　　　　　　　　実施場所　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　毎年　　回　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加者数 | 　　　人　　　　　男　　人（うち６５歳以上　　人）　　　　　　　　　女　　人（うち６５歳以上　　人） |
| 参加条件 | 地域に開かれた団体ですか？　（　はい　・　いいえ　） |
| 結成年月日 | 　　　　　年　　月　　日（　　年　　月経過） |
| 個人情報の取扱いについて | 記載いただいた情報は、介護予防・健康増進事業以外の目的には使用いたしませんが、ホームペーシﾞや通いの場の一覧表等に掲載させていただきますので、公開を希望しない箇所を○で囲んでください。代表者名、代表者住所、電話、携帯、ＦＡＸ |

受付　□福祉総務課　　□保健医療課　　□介護予防支援室　　□（　　　）地域包括支援センター

　　　□（　　　）社協

桑名市地域包括ケアシステム「通いの場」登録申請書

記入例

【様式１】

【様式１】

　　令和○○年△△月◇◇日

桑名市長　様

**※全ての項目を記入してください**

　次のとおり「通いの場」の登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | サクラノカイ |
| 団　体　名 | さくらの会 |
| 代表者名 | 〒511-8601住所　桑名市中央町2丁目37番地氏名　桑名　太郎 | 電話 | 0594（24）0001 |
| 携帯 | 090-2348-0011 |
| ＦＡＸ | 0594（24）9999 |
| 活動拠点名称 | 中央町集会所 | 自治会名 | 中央２自治会 |
| 活動拠点住所 | 桑名市中央町８丁目８８番地 |
| 活動目的 | 健康で活き活き楽しく仲間と交流する |
| 活動内容 | ※該当する活動を〇で囲んでください。体操（運動）・会食・茶話会・認知症予防・趣味活動・その他（　　　　　） |
| 参加費 | ①　有　（年・月　　　２００　円）・無②　その他（　お茶代等の実費経費の負担　） |
| 通いの場の開催頻度 | 　毎週・月　１回　　　　　　　　　　　　　実施場所　　第２水曜日　１３時３０分～１６時３０分　　　　　中央町集会所　　　　　　　　　　　曜日　　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　毎年　　回　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加者数 | 　１２人　　　　　男　４人（うち６５歳以上　３人）　　　 　　　　　女　８人（うち６５歳以上　４人） |
| 参加条件 | 地域に開かれた団体ですか？　（　はい　・　いいえ　） |
| 結成年月日 | **○○**年**△△**月**◇◇**日（**○○**年**△△**月経過） |
| 個人情報の取扱いについて | 記載いただいた情報は、介護予防・健康増進事業以外の目的には使用いたしませんが、ホームペーシﾞや通いの場の一覧表等に掲載させていただきますので、公開を希望しない箇所を○で囲んでください。代表者名、代表者住所、電話、携帯、ＦＡＸ |

受付　□福祉総務課　　□保健医療課　　□介護予防支援室　　□（　　　）地域包括支援センター

　　　□（　　　）社協

桑名市地域包括ケアシステム「通いの場」登録変更申請書

【様式３】

【様式１】

　　令和　　年　　月　　日

桑名市長　様

　次のとおり「通いの場」の登録変更を申請します。

※**団体名と変更箇所のみ**記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 団　体　名 |  |
| 代表者名 | 〒住所　氏名　 | 電話 |  |
| 携帯 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 活動拠点名称 |  | 自治会名 |  |
| 活動拠点住所 |  |
| 活動目的 |  |
| 活動内容 | ※該当する活動を〇で囲んでください。体操（運動）・会食・茶話会・認知症予防・趣味活動・その他（　　　　　） |
| 参加費 | 1. 有　（年・月　　　　　　円）・無
2. その他（　　　　　　　　　）
 |
| 通いの場の開催頻度 | 　毎週・月　　回　　　　　　　　　　　　　実施場所　　　　第　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　曜日　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　毎年　　回　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加者数 | 　　　　人　　　　男　　人（うち６５歳以上　　人）　　　　　　　　　女　　人（うち６５歳以上　　人） |
| 参加条件 | 地域に開かれた団体ですか？　（　はい　・　いいえ　） |
| 結成年月日 | 　　　　年　　月　　日（　年　　月経過） |
| 個人情報の取扱いについて | 記載いただいた情報は、介護予防・健康増進事業以外の目的には使用いたしませんが、ホームペーシﾞや通いの場の一覧表等に掲載させていただきますので、公開を希望しない箇所を○で囲んでください。代表者名、代表者住所、電話、携帯、ＦＡＸ |

受付　□福祉総務課　　□保健医療課　　□介護予防支援室　　□（　　　）地域包括支援センター

□（　　　）社協

桑名市地域包括ケアシステム「通いの場」登録**変更**申請書

【様式３】

記入例

【様式１】

　　令和　　年　　月　　日

桑名市長　様

　次のとおり「通いの場」の登録変更を申請します。

　※**団体名と変更箇所のみ**記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | **サクラノカイ** |
| 団　体　名 | **さくらの会** |
| 代表者名 | 〒511-8601住所　桑名市中央町2丁目９９９番地氏名　長島　一太郎 | 電話 | 0594（2５）3333 |
| 携帯 | 070-１２３４-5678 |
| ＦＡＸ | 0594（25）2222 |
| 活動拠点名称 |  | 自治会名 |  |
| 活動拠点住所 |  |
| 活動目的 |  |
| 活動内容 | ※該当する活動を〇で囲んでください。体操（運動）・会食・茶話会・認知症予防・趣味活動・その他（　　　　　） |
| 参加費 | 1. 有　（年・月　　　　　　円）・無
2. その他（　　　　　　　　　）
 |
| 通いの場の開催頻度 | 　毎週・月　２回　　　　　　　　　　　　　実施場所　　　　第２水曜日　１３時３０分～１６時３０分　　　中央町集会所　　　　　　**追加**　第4火曜日　１３時３０分～１６時３０分　　　　　中央町集会所　　　　　　　曜日　　　時　　分～　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　毎年　　回　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　　　月　実施場所　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加者数 | 　　　　人　　　　男　　人（うち６５歳以上　　人）　　　　　　　　　女　　人（うち６５歳以上　　人） |
| 参加条件 | 地域に開かれた団体ですか？　（　はい　・　いいえ　） |
| 結成年月日 | 　　　　年　　月　　日（　年　　月経過） |
| 個人情報の取扱いについて | 記載いただいた情報は、介護予防・健康増進事業以外の目的には使用いたしませんが、ホームペーシﾞや通いの場の一覧表等に掲載させていただきますので、公開を希望しない箇所を○で囲んでください。代表者名、代表者住所、電話、携帯、ＦＡＸ |

受付　□福祉総務課　　□保健医療課　　□介護予防支援室　　□（　　　）地域包括支援センター

□（　　　）社協

令和　　　年度通いの場活動実績報告書

【様式６】

団体名：

①通常時の活動時間・内容及び※必須項目　　　　　　　については、必ずご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 開催日(※必須) | 時間 | 活動内容　（○を記載） | 参加人数(※必須) | 備考(通常と異なる開催場所、外部講師等があれば記入してください) |
| 体操(運動) | 会食 | 茶話会 | 認知症予防 | 趣味活動 | その他 | その他の内容 |
| ①通常時の活動時間・内容 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

令和○○年度通いの場活動実績報告書

記入例

【様式６】

団体名：　　さくらの会

**◆通常時の活動時間・内容を記載**

①通常時の活動時間・内容及び※必須項目　　　　　　　については、必ずご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 開催日(※必須) | 時間 | 活動内容　（○を記載） | 参加人数(※必須) | 備考(通常と異なる開催場所、外部講師等があれば記入してください) |
| 体操(運動) | 会食 | 茶話会 | 認知症予防 | 趣味活動 | その他 | その他の内容 |
| ①通常時の活動時間・内容 | 10:00 ～ 12:00 | ○ |  | ○ | ○ |  |  |  |  |  |
| 1 | R○.8.5 | ～ |  |  |  |  |  |  |  | 12 |  |
| 2 | R○.9.3 | ～ |  |  |  |  |  | ○ | 外部講師による終活セミナー | 20 | 外部講師：行政書士○○○○氏 |
| 3 | R○.10.3 | 11:00 ～ 13:00 |  | ○ |  |  |  | ○ | ○○保育園との交流会 | 21 | ○○保育園にて開催 |
| 4 | R○.11.5 | ～ |  |  |  |  |  |  |  | 20 |  |
| 5 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | ～ |  |  |  | **◆時間・活動内容等(※必須項目以外)は、①通常時と異なる場合のみ記載** |  |  |  |  |  |
| 8 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |