

--

記入日 年 月 日

① 町田市生活支援団体ネットワーク 団体登録シート

フリガナ			
団体名			
住 所			
電話番号			
電話受付時間帯	曜	:	—
活動時間帯	曜	:	—

※「町田市 生活支援事業補助金」を申請するかしないか、□にチェックを入れてどちらかを記入してください。

□「町田市 生活支援事業補助金」を申請する団体について

1. 実施責任者①と実施責任者②は別の方を必ず記入してください。
2. 実施責任者①へご連絡やご案内等を行います。
3. 団体の情報はホームページ等でPR公開します。

フリガナ		電話番号	
実施責任者①			
住 所			
メールアドレス	@		
フリガナ		電話番号	
実施責任者②			
住 所			

□「町田市 生活支援事業補助金」を申請しない団体について

1. 代表者以外に連絡を入れて欲しい場合のみ連絡先を記入してください。
2. 団体の情報について、PR公開するかしないかを選ぶことができます。

フリガナ		電話番号	
代表者			
住 所			
メールアドレス	@		
フリガナ		電話番号	
連絡先			
住 所			
メールアドレス	@		
団体のPR（HP・かわら版等）	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	

※裏面は全ての団体が記入してください。

活動開始年月	西暦	年	月
提供エリア (町名)			
コーディネーター の有無	<input type="checkbox"/> あり	人	<input type="checkbox"/> なし
援助内容	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 話し相手	<input type="checkbox"/> 掃除洗濯
	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 買物代行	
	<input type="checkbox"/> 薬受取り	<input type="checkbox"/> ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 庭の手入れ等
	<input type="checkbox"/> 布団干し	<input type="checkbox"/> 買物付添	
	<input type="checkbox"/> 通院付添	<input type="checkbox"/> 散歩付添	<input type="checkbox"/> 電球交換
	<input type="checkbox"/> 被服補修	<input type="checkbox"/> ペットの世話	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
会員制の有無 (利用者の費用)	<input type="checkbox"/> あり	円/ 月・年	<input type="checkbox"/> なし
利用者が支払う額	<input type="checkbox"/> あり	円/ 回・分	<input type="checkbox"/> なし
活動者が受け取る額	<input type="checkbox"/> あり	円/ 回・分	<input type="checkbox"/> なし

※福祉サービス総合補償を申請する団体は、にチェックを入れて頂ければ人数の記入は不要です。

福祉サービス総合補償の申請書と同様

活動者数 活動延べ人数	活動者数	活動延べ 人数
	人	人

※生活支援団体ネットワークでは連絡会を開催しております。開催日を決めるときに参考にしますので、参加できない曜日がある場合は下記に×印を記入してください。

		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
第1週	午前					
	午後					
第2週	午前					
	午後					
第3週	午前					
	午後					
第4週	午前					
	午後					

【事務処理欄】

堺1・堺2・忠1・忠2・鶴1・鶴2・町1・町2・町3・南1・南2・南3

記入例

記入日 年 月 日

① 町田市生活支援団体ネットワーク 団体登録シート

フリガナ	タスケイアノカイ				
団体名	助け合いの会				
住 所	町田市□-□ 拠点がない団体は実施責任者①(代表者)の住所を記入してください。				
電話番号	□□-□□-□□ 代表電話がない団体は実施責任者①(代表者)の電話番号を記入してください。				
電話受付時間帯	月-金	曜	10:00	-	16:00
活動時間帯	月-金	曜	10:00	-	16:00

※「町田市 生活支援事業補助金」を申請するかしないか、□にチェックを入れてどちらかを記入してください。

「町田市 生活支援事業補助金」を申請する団体について

1. 実施責任者①と実施責任者②は別の方を必ず記入してください。
2. 実施責任者①へご連絡やご案内等を行います。
3. 団体の情報はホームページ等でPR公開します。

フリガナ	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇-〇〇-〇〇
実施責任者①	〇〇 〇〇		
住 所	町田市〇-〇		
メールアドレス	〇〇	@	〇〇
フリガナ	△△ △△	電話番号	△△-△△-△△
実施責任者②	△△ △△		
住 所	町田市△-△		

「町田市 生活支援事業補助金」を申請しない団体について

1. 代表者以外に連絡を入れて欲しい場合のみ連絡先を記入してください。
2. 団体の情報について、PR公開するかしないかを選ぶことができます。

フリガナ		電話番号	
代表者			
住 所			
メールアドレス	@		
フリガナ		電話番号	
連絡先			
住 所			
メールアドレス	@		
団体のPR (HP・かわら版等)	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない

※裏面は全ての団体が記入してください。

活動開始年月	西暦	1990	年	4	月
提供エリア (町名)	町田市全域				
コーディネーター の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	人	<input type="checkbox"/> なし	
援助内容	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 話し相手	<input checked="" type="checkbox"/> 掃除洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 買物代行
	<input type="checkbox"/> 薬受取り	<input checked="" type="checkbox"/> ゴミ出し	<input checked="" type="checkbox"/> 庭の 手入れ等	<input type="checkbox"/> 布団干し	<input type="checkbox"/> 買物付添
	<input type="checkbox"/> 通院付添	<input checked="" type="checkbox"/> 散歩付添	<input checked="" type="checkbox"/> 電球交換	<input type="checkbox"/> 被服補修	<input type="checkbox"/> ペットの 世話
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
会員制の有無 (利用者の費用)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	1000	円/月・ <u>年</u>	<input type="checkbox"/> なし	
利用者が支払う額	<input checked="" type="checkbox"/> あり	500	円/回・ <u>30分</u>	<input type="checkbox"/> なし	
活動者が受け取る額	<input checked="" type="checkbox"/> あり	300	円/回 分	<input type="checkbox"/> なし	

※福祉サービス総合補償を申請する団体は、にチェックを入れて頂ければ人数の記入は不要です。

福祉サービス総合補償の申請書と同様

活動者数 活動延べ人数	活動者数	活動延べ 人数
	人	人

※生活支援団体ネットワークでは連絡会を開催しております。開催日を決めるときに参考にしますので、参加できない曜日がある場合は下記に×印を記入してください。

		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
第1週	午前			×		
	午後					
第2週	午前					
	午後					
第3週	午前					
	午後		×			
第4週	午前					×
	午後					

セルをクリックすると右下に▼が表示されます。
×を選択すると入力されます。

【事務処理欄】

堺1・堺2・忠1・忠2・鶴1・鶴2・町1・町2・町3・南1・南2・南3