

--

記入日 月 日

① 2024年度 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			
フリガナ	電話番号	(代表者)	
代表者		(担当者※1)	
フリガナ		(事務所※2)	
担当者名※1			
住所	(代表者)		
	(担当者※1)		
	(事務所※2)		
メールアドレス	(代表者) @		
	(担当者※1) @		
電話受付時間帯	曜	:	— :
活動時間帯	曜	:	— :
団体のPR(HP・かわら版等)※3	<input type="checkbox"/> 希望する	:	<input type="checkbox"/> 希望しない

※1 代表者以外に連絡が必要な場合は、担当者の欄を記入してください。

※2 団体に事務所がある場合は、事務所の欄を記入してください。

※3 補助金を申請をする場合は、団体の希望に関わらずホームページ等でPR公開します。

裏面は全ての団体が記入してください。

「町田市 生活支援事業補助金」を申請する団体のみ記入

フリガナ		
実施責任者① ※4	電話番号	
住所		
フリガナ		
実施責任者② ※4	電話番号	

住 所	
備 考	

※4 実施責任者①と実施責任者②は別の方を記入してください。

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・ 話し相手	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 掃除・洗濯
	<input type="checkbox"/> ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 修理・部品交換 (電球等含む)	<input type="checkbox"/> 家具組立・移動
	<input type="checkbox"/> 買物代行	<input type="checkbox"/> 付添支援	<input type="checkbox"/> 車での移動支援
	<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
利用者が支払う額	<input type="checkbox"/> あり	円／	回分
活動者が受け取る 額	<input type="checkbox"/> あり	円／	回分
活動者数 ※5		人	活動延べ人数 ※5
			人

※5 福祉サービス総合補償申請を行う団体は記入不要です。

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。
開催日の参考になりますので、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