

--

記入日 月 日

① 2023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		電話番号	
実施責任者① ※4			
住所			
フリガナ		電話番号	
実施責任者② ※4			
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	<input type="checkbox"/> なし
利用者が支払う額	<input type="checkbox"/> あり	円 / 月・年	<input type="checkbox"/> なし
活動者が受け取る額	<input type="checkbox"/> あり	円 / 月・年	<input type="checkbox"/> なし
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

月

日

① 2023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	タスケイアノカイ		
団体名	助け合いの会		
フリガナ	〇〇 〇〇	電話番号	(代表者)
代表者	〇〇 〇〇		〇〇-〇〇-〇〇
フリガナ			(担当者※1)
担当者名※1			(事務所※2)
			△△-△△-△△
住 所	(代表者)		
	町田市〇-〇		
	(担当者※1)		
	(事務所※2)		
	町田市□-□		
メールアドレス	(代表者)		
	〇〇	@	〇〇
	(担当者※1)		
		@	
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
団体のPR(HP・かわら版等)※3	<input checked="" 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		電話番号	
実施責任者① ※4			
住 所			
フリガナ		電話番号	
実施責任者② ※4			
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	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・ 話し相手	<input checked="" type="checkbox"/> 調理	<input checked="" type="checkbox"/> 掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> 裁縫	
	<input checked="" type="checkbox"/> ゴミ出し	<input checked="" 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"/> 庭・外回り の手入れ等	
	<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 checked="" type="checkbox"/> あり	1000	円/月	<input type="checkbox"/> なし	年
利用者が支払う額	<input checked="" type="checkbox"/> あり	500	円/	<input type="checkbox"/> なし	30 回/分
活動者が受け取る 額	<input checked="" type="checkbox"/> あり	300	円/	<input type="checkbox"/> なし	1 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