

--

記入日

月

日

① 2026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				
担当者名※1			(事務所※2)	
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"/> 裁縫
	<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"/> 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 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	
活動者数	人	活動延べ人数	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