

介護支援ボランティア登録カード

		ボランティア手帳番号								
受付日	令和 年 月 日	介護保険 被保険者番号								
ふりがな 氏名			生年月日	大正 昭和	年	月	日	性別	男・女	
住所	〒511-			電話	自宅		-			
					携帯					
ボランティア の経験	有 <活動内容> 無		ボランティア 可能日	1. いつでも 2. 曜日・週 回 3. 行事のみ 4. 時間 ~						
ボランティア の希望内容	1. レクリエーション等の指導及び参加支援 2. 催事に関する手伝い 3. 散歩、外出、屋内移動等の補助 4. 話し相手 5. お茶出し、食堂内での配膳等の補助 6. 受入機関等の職員とともにを行う清掃及び草刈りの補助、洗濯物の整理等の 軽微かつ補助的な作業 7. その他 例:「通いの場」応援隊による移動支援・介護支援ボランティア間における移動支援 ※移動支援をされる場合は事故が発生した際の損害賠償に対応できる保険に 加入している自家用車をお使いください ()									
自宅から通える施設等があればお書きください。 () () () ()										
備考										