様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

行田市ご近所型介護予防事業利用申請書

行田市長

　　　　　　　　　　　＜団 体 名＞

　　　　　　　　　　　＜代表者名＞

　　　　　　　　　　　＜連 絡 先＞

　　　　　　　　　　　　名　　前

　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、行田市ご近所型介護予防事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣依頼日　　時 | 日程 | 1週目 | 2週目 | 7週目 | 12週目 |
| 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 時間 | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： |
| 開催曜日 | 毎週　　月　・　火　・　水　・　木　・　金　曜日※週１回以上、定期的に開催できることが条件（該当曜日を○で囲む） |
| 会　　場 | （施設等名） |
| （住　　所） |
| 参加予定者 | 人（男性　　　人・女性　　　人）年齢構成（　　歳～　　歳）・参加者平均年齢　　歳位※市内に居住するおおむね６５歳以上、おおむね１０人以上の団体が対象 |
| 新規加入者受入の可否 | 可・否※活動場所を探している人の受け入れ可否についてお答えください |
| その他 | ※会場の状況・・・畳敷き・床敷き（床敷きの場合は、参加者各自が室内履きをご用意ください）※講師用駐車場（３台程度）・・・　あり・なし※当日使用できる物品に○をつけてください。机（テーブル）　・　椅子　・　ＤＶＤプレイヤーホワイトボード　・　スクリーンもしくはテレビ |

※活動内容について、市のホームページや広報誌等で公開する場合があります。