

年 月 日

大阪市長 あて

申請者

住 所 大阪市 \_\_\_\_\_ 区

氏 名 \_\_\_\_\_

### 大阪市介護予防ポイント事業 登録申請書

私は、大阪市介護予防ポイント事業に活動登録したいので、次のとおり申請します。  
大阪市介護予防ポイント事業の実施にあたって必要がある場合は、保険者が私の介護保険料の納付状況等や本事業に参加することにより要介護状態等が維持・改善したことを確認するための介護保険に関する情報を閲覧することに同意します。

記

↓太枠の中を記載してください。

|  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |
|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|---|-----|
| フリガナ                                       |  |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |
| 被保険者氏名                                     |  |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |
| 生 年 月 日<br>(該当する元号に○<br>を付けてください)          | 明治   |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  | 日 | 生まれ |
| 住 所  | 〒 _____<br>大阪市 _____ 区   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |
| 電 話 番 号                                    | 自宅 ( )<br>携帯番号 ( )   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |
| 介 護 保 険 号<br>被 保 険 者 番 号                   |  |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |
| (任意記載)<br>希望する活動内容<br>(該当の□に☑を入<br>れてください) | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護支援活動（介護保険施設・事業所における活動）</li> <li><input type="checkbox"/> ① 行事、レクリエーションなどの補助</li> <li><input type="checkbox"/> ② 話し相手</li> <li><input type="checkbox"/> ③ 食事介助の補助（テーブル拭き、配膳、お茶出し等）</li> <li><input type="checkbox"/> ④ 入浴介助の補助（整髪等）</li> <li><input type="checkbox"/> ⑤ 清掃（入所者・利用者が使用する場所）</li> <li><input type="checkbox"/> ⑥ 館内移動・外出（散歩等）の補助</li> <li><input type="checkbox"/> ⑦ 衣服の繕い、洗濯物の整理、ベッドメーカーキング</li> <li><input type="checkbox"/> ⑧ その他（ _____ ）</li> </ul> |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 保育支援活動（保育施設における活動）</li> <li><input type="checkbox"/> ① 行事、遊びなどの補助</li> <li><input type="checkbox"/> ② 登降園時の安全確認</li> <li><input type="checkbox"/> ③ 給食・おやつを提供補助（テーブル拭き、お茶出し等）</li> <li><input type="checkbox"/> ④ 花壇や菜園の手入れや水やり</li> <li><input type="checkbox"/> ⑤ 清掃（子供たちが使用する場所）</li> <li><input type="checkbox"/> ⑥ 外出時（散歩や遠足）の補助</li> <li><input type="checkbox"/> ⑦ 洗濯及び洗濯物の整理整頓</li> <li><input type="checkbox"/> ⑧ その他（ _____ ）</li> </ul>                      |  |  |  |   |  |  |   |  |   |     |

**【留意事項】**

- ・介護支援活動等を行う際は、受入施設等のルールに従ってください。
- ・体調のすぐれないときは、決して無理をせず、勇気をもって休んでください。

※住所や電話番号が変わったとき、登録をやめたいときは、届出・申請が必要です。

年 月 日

大阪市長 あて

届出者・申請者

※変更前

登録の住所 大阪市 \_\_\_\_\_ 区

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅・携帯) ( )

※日中連絡がつく電話番号

大阪市介護予防ポイント事業 { 登録事項変更届出 } 書  
{ 登録消除申請 }

大阪市介護予防ポイント事業の登録事項について、次のとおり届出・申請します。

記

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険<br>被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【変更内容届】

↓変更のある項目のみ記載してください。

|          |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 変更後の住所   | 〒 _____ 大阪市 _____ 区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更後の電話番号 | 自宅 ( )<br>携帯番号 ( )  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【消除申請】

私は、大阪市介護予防ポイント事業の活動登録の消除を申請します。

年 月 日

大阪市長 あて

主たる事務所の所在地 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

法人を代表する者の氏名 \_\_\_\_\_

大阪市介護予防ポイント事業 受入施設登録申請書

大阪市介護予防ポイント事業の受入施設として、活動登録者が介護支援活動を行うための受入に協力しますので、次のとおり申請します。

記

|                               |                          |                            |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 施設・事業所名                       |                          |                            |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
| 施設・事業所種別                      | <input type="checkbox"/> | 介護老人福祉施設（地域密着型を含む。）        | <input type="checkbox"/> | 短期入所生活介護事業所      |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | 介護老人保健施設                   | <input type="checkbox"/> | 短期入所療養介護事業所      |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | 介護療養型医療施設                  | <input type="checkbox"/> | 認知症対応型共同生活介護事業所  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | 特定施設（地域密着型を含む。）            | <input type="checkbox"/> | 認知症対応型通所介護事業所    |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | 通所介護事業所（地域密着型を含む。）         | <input type="checkbox"/> | 小規模多機能型居宅介護事業所   |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | 通所リハビリテーション事業所             | <input type="checkbox"/> | 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |  |  |  |  |  |  |
| 施設・事業所所在地                     |                          |                            |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号                     |                          |                            |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
| 受入可能な活動内容<br>（該当の□に☑を入れてください） | <input type="checkbox"/> | ① 行事、レクリエーションなどの補助         |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | ② 話し相手                     |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | ③ 食事介助の補助（テーブル拭き、配膳、お茶出し等） |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | ④ 入浴介助の補助（整髪等）             |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | ⑤ 清掃（入所者・利用者が使用する場所）       |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | ⑥ 館内移動・外出（散歩等）の補助          |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | ⑦ 衣服の繕い、洗濯物の整理、ベッドメイキング    |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> | ⑧ その他（ ）                   |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
| 担当者名                          |                          |                            |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先                           | 電話                       | （ ）                        |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | FAX                      | （ ）                        |                          |                  |  |  |  |  |  |  |
|                               | E-mail                   | @                          |                          |                  |  |  |  |  |  |  |

※E-mailの記入の際には、アルファベットや記号の誤りにご注意ください。  
(例 "n"と"h"、"0"と"6"、"ー"と"\_" )

年 月 日

大阪市長 あて

主たる事務所の  
所在地

法人名

法人を代表する者の氏名

大阪市介護予防ポイント事業 受入施設登録申請書

大阪市介護予防ポイント事業の受入施設として、活動登録者が保育支援活動を行うための受入に協力しますので、次のとおり申請します。

記

|                                    |   |                                |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| 保 育 施 設 名                          |   |                                |
| 保 育 施 設 種 別                        | <input type="checkbox"/> 公立保育所  | <input type="checkbox"/> 民間保育所 |
|                                    | <input type="checkbox"/> 認定こども園（幼保連携型、保育所型のみ）   |                                |
| 保 育 施 設 所 在 地                      |   |                                |
| 受入可能な活動内容<br>(該当の□に☑を入れて<br>てください) | <input type="checkbox"/> ① 行事、遊びなどの補助<br><input type="checkbox"/> ② 登降園時の安全確認<br><input type="checkbox"/> ③ 給食・おやつを提供補助（テーブル拭き、お茶出し等）<br><input type="checkbox"/> ④ 花壇や菜園の手入れや水やり<br><input type="checkbox"/> ⑤ 清掃（子供たちが使用する場所）<br><input type="checkbox"/> ⑥ 外出時（散歩や遠足）の補助<br><input type="checkbox"/> ⑦ 洗濯及び洗濯物の整理整頓<br><input type="checkbox"/> ⑧ その他（ ） |                                |
| 担 当 者 名                            |   |                                |
| 連 絡 先                              | 電話  | ( )                            |
|                                    | F A X   | ( )                            |
|                                    | E-mail  | @                              |

※E-mailの記入の際には、アルファベットや記号の誤りにご注意ください。  
(例 "n"と"h"、"0"と"6"、"ー"と"\_" )

年 月 日

大阪市長 あて

主たる事務所在地

法人名

法人を代表する者の氏名

大阪市介護予防ポイント事業 受入施設登録事項（変更届・消除申請）

大阪市介護予防ポイント事業の受入施設の登録事項について、次のとおり届出・申請します。

記

1 対象となる施設・事業所

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施設・事業所名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2 変更となる内容

|           |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施設・事業所名称  |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設・事業所所在地 |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先       | 電話     | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | FAX    | ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | E-mail | @   |  |  |  |  |  |  |  |  |

※登録内容に変更がある項目のみ記載し、提出してください。

3 大阪市介護予防ポイント事業の受入施設の登録事項の消除を申請します。

年 月 日

大阪市長 あて

主たる事務所在地

法人名

法人を代表する者の氏名

大阪市介護予防ポイント事業 受入施設登録事項（変更届・削除申請）

大阪市介護予防ポイント事業の受入施設の登録事項について、次のとおり届出・申請します。

記

1 対象となる保育所

|       |  |
|-------|--|
| 保育施設名 |  |
|-------|--|

□2 変更となる内容

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 施設名称    |                               |
| 保育施設所在地 |                               |
| 連絡先     | 電話 ( )<br>FAX ( )<br>E-mail @ |

※登録内容に変更がある項目のみ記載し、提出してください。

□3 大阪市介護予防ポイント事業の受入施設の登録事項の削除を申請します。

年 月 日

大阪市長 あて

申請者

住 所 大阪市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

### 介護支援活動等及び生活支援活動交付金交付申請書

次のとおり、介護支援活動等及び生活支援活動交付金の交付を申請します。  
なお、交付金の支払は、別途申し出た指定口座に振り込んでください。

記

↓太枠の中を記載してください。

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                          | 電話番号 (      -      -      )  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険<br>被保険者番号                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 交付金の交付を申請<br>するポイント数及び<br>交付金の額 | (1)施設活動(介護支援活動及び保育支援活動)<br>※換金できる上限額は年間10,000円までです。  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | ①(                      )ポイント ②(                      )円<br>↑①はポイント数、②は①×100円の金額を記載してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | (2)在宅活動(生活支援活動)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | ①(                      )ポイント ②(                      )円<br>↑①はポイント数、②は①×100円の金額を記載してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |

年 月 日

大阪市長 あて

申請者

住 所 大阪市 区

氏 名

介護支援活動等及び生活支援活動交付金交付申請書（寄附申込用）

次のとおり、介護支援活動等及び生活支援活動交付金の交付を申請します。  
なお、交付金は下記に指定する寄附団体へ寄付しますので、当該団体へ振り込んでください。

記

↓太枠の中を記載してください。

|  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| フリガナ   |   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 被保険者氏名   | 電話番号 ( - - )  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号   |   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 寄附金額<br>(交付金の交付を申請するポイント数及び交付金の額)  | (1)施設活動(介護支援活動及び保育支援活動)<br>※換金できる上限額は年間10,000円までです。   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|  | ①( )ポイント  |  |  |  |  | ②( )円 |  |  |  |  |
|  | (2)在宅活動(生活支援活動)   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|  | ①( )ポイント  |  |  |  |  | ②( )円 |  |  |  |  |
| 寄附先(寄附団体)<br><br>※ 寄附の用途について、希望される項目に☑印をつけてください。<br>なお、ご希望がない場合や複数希望の場合は番号の若い寄附団体へ寄附します。 | <input type="checkbox"/> ① 福祉関係(全般)【大阪市】<br>障がいのある方や高齢者が自分らしく安心して暮らし続けることができるよう、暮らしの場や活動の場となる環境の整備のための施策に活用します。<br><input type="checkbox"/> ② 福祉関係(障がい者スポーツ振興)【大阪市】<br>障がい者スポーツの普及に活用します。<br><input type="checkbox"/> ③ 善意銀行【大阪市社会福祉協議会】<br>地域福祉の推進に係る事業に活用します。<br><input type="checkbox"/> ④ 大阪市ボランティア・市民活動積立金【大阪市社会福祉協議会】<br>福祉ボランティア活動を行う団体を育成・支援するための助成金に活用します。 |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 個人情報の通知の同意<br><br>寄附に際し、氏名、住所、寄附金額を寄附先に通知します。同意される場合は、☑印をつけてください。                        | <input type="checkbox"/> 寄附先に氏名、住所、寄附金額を通知することに同意します  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |

受領書の発行については、別途寄附団体にお申し出ください。  
また、受領書の発行は、大阪市から寄附先への振込完了後(3月末予定)となります。予めご了承ください。

年 月 日

大阪市長 あて

申請者

住 所 大阪市 \_\_\_\_\_ 区

氏 名 \_\_\_\_\_

### 介護支援活動等及び生活支援活動交付金自動交付申請書

次のとおり、介護支援活動等及び生活支援活動交付金の自動交付を申請します。  
なお、交付金の支払は、別途申し出た指定口座に振り込んでください。

#### 記

↓太枠の中を記載してください。

|                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ                   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                 | 電話番号 (      -      -      )   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 交付金の交付を自動交付による申請とする交付金 | (1)施設活動(介護支援活動及び保育支援活動)<br>※自動交付の対象は獲得した評価ポイントが年100ポイント(10,000円)に達した場合です。                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | <input type="checkbox"/> 交付金の自動交付を申請します。  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | (2)在宅活動(生活支援活動)<br>※自動交付の対象は獲得した評価ポイントが60ポイント(6,000円)に達した場合です。<br>また、60ポイントに達した月に保有している全ポイントを交付します。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | <input type="checkbox"/> 交付金の自動交付を申請します。  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※自動交付に同意した場合でも、獲得した評価ポイントが自動交付の対象とならなかった場合(施設活動は年100ポイント(10,000円)未満、在宅活動は月60ポイント(6,000円)未満)は、介護支援活動等及び生活支援活動交付金交付申請書(様式第7号)の提出が必要です。