

年 月 日

大阪市長 あて

大阪市介護予防ポイント事業 登録申請書

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。
また、大阪市介護予防ポイント事業の実施にあたって、介護保険料の納付状況等や当該事業での活動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										
申請者氏名										
生 年 月 日 (該当する元号に○を付けてください)	明治 大正 昭和	年	月	日	生まれ					
住 所	〒 ー 大阪市 区									
電 話 番 号	自宅 () 携帯番号 ()									
介護保険被保険者番号										
(任意記載) 希望する施設や活動内容 (該当の□に☑を入れてください) (いくつでも可)	☒ 希望する施設 ☐ 介護保険施設・事業所 ☐ 障がい者施設・事業所 ☐ 障がい児施設・事業所 ☐ 保育所・幼稚園・認定こども園									
	☒ 希望する活動内容 ☐ 行事、レクリエーションや遊びなどの補助 ☐ 話し相手 ☐ 食事介助やおやつ提供の補助(テーブル拭き、配膳等) ☐ 入浴介助の補助(整髪等) ☐ 清掃(利用者や子どもたちが使用する場所) ☐ 花壇や菜園の手入れや水やり ☐ 移動や外出時(散歩や遠足)の補助 ☐ 洗濯及び洗濯物の整理整頓やベッドメイキング ☐ 登降園時等の安全確認 ☐ その他 ()									
収集した個人情報は、大阪市が実施する介護予防事業の案内送付に使用することがあります。 案内送付に使用することに同意しない場合のみ「✓」をしてください。 ☐ 同意しない										

※収集した個人情報等について、個人を特定できないデータとして統計的に集計し、研究等に活用させていただきます。

※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
登録消除申請 } 書

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 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	〒 ー 大阪市 区									
変更後の 電話番号	自宅 () 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

主たる事務所在地
の所在

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	☐	介護老人福祉施設（地域密着型を含む。）				☐	短期入所生活介護事業所			
	☐	介護老人保健施設				☐	短期入所療養介護事業所			
	☐	介護医療院				☐	認知症対応型共同生活介護事業所			
	☐	特定施設（地域密着型を含む。）				☐	認知症対応型通所介護事業所			
	☐	通所介護事業所（地域密着型を含む。）				☐	小規模多機能型居宅介護事業所			
	☐	通所リハビリテーション事業所				☐	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 （該当の□に☑を入れてください）	☐ ① 行事、レクリエーションなどの補助 ☐ ② 話し相手 ☐ ③ 食事介助の補助（テーブル拭き、配膳、お茶出し等） ☐ ④ 入浴介助の補助（整髪等） ☐ ⑤ 清掃（入所者・利用者が使用する場所） ☐ ⑥ 館内移動・外出（散歩等）の補助 ☐ ⑦ 衣服の繕い、洗濯物の整理、ベッドメイキング ☐ 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

主たる事務所在地
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	☐ 障がい者支援施設					☐ 自立訓練（機能・生活）事業所				
	☐ 療養介護事業所					☐ 就労移行支援事業所				
	☐ 生活介護事業所					☐ 就労継続支援（A型・B型）事業所				
	☐ 短期入所事業所					☐ 共同生活援助事業所				
施設・事業所所在地										
事業所番号										
受入可能な活動内容 （該当の□に☑を入れてください）	☐ ① 行事、レクリエーションなどの補助 ☐ ② 話し相手 ☐ ③ 食事介助の補助（テーブル拭き、配膳、お茶出し等） ☐ ④ 入浴介助の補助（整髪等） ☐ ⑤ 清掃（入所者・利用者が使用する場所） ☐ ⑥ 館内移動・外出（散歩等）の補助 ☐ ⑦ 衣服の繕い、洗濯物の整理、ベッドメイキング ☐ 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

主たる事務所在地
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、活動登録者がこども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 名		
施 設 種 別	☐ 公立保育所	☐ 私立保育所
	☐ 公立幼稚園	☐ 私立幼稚園
	☐ 認定こども園（幼保連携型・保育所型・幼稚園型）	
施 設 所 在 地		
受入可能な活動内容 （該当の□に☑を入れてください）	☐ ① 行事、遊びなどの補助 ☐ ② 登降園時の安全確認 ☐ ③ 給食・おやつの提供補助（テーブル拭き、お茶出し等） ☐ ④ 花壇や菜園の手入れや水やり ☐ ⑤ 清掃（子どもたちが使用する場所） ☐ ⑥ 外出時（散歩や遠足）の補助 ☐ ⑦ 洗濯及び洗濯物の整理整頓 ☐ 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
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、活動登録者がこども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	☐ 障がい児入所施設					☐ 放課後等デイサービス事業所				
	☐ 児童発達支援事業所（児童発達支援センター含む）									
施設・事業所所在地										
事業所番号										
受入可能な活動内容 （該当の□に☑を入れてください）	☐ ① 行事、遊びなどの補助 ☐ ② 通所時の安全確認補助 ☐ ③ 食事・おやつの提供補助（テーブル拭き、お茶出し等） ☐ ④ 花壇や菜園の手入れや水やり ☐ ⑤ 清掃（子どもたちが使用する場所） ☐ ⑥ 外出時（散歩や遠足）の補助 ☐ ⑦ 洗濯及び洗濯物の整理整頓 ☐ 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（介護保険施設等・障がい者施設等・障がい児施設等）

施設・事業所名										
事業所番号										

□2 変更となる内容 ※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。

	変更前										変更後									
施設・事業所名称																				
事業所番号																				
施設・事業所所在地																				
連絡先	電話 () FAX ()										電話 () FAX ()									

□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
の 所 在

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 対象となる保育所・幼稚園・認定こども園

施 設 名	
-------	--

□ 2 変更となる内容 ※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。

	変更前	変更後
施 設 名 称		
施 設 所 在 地		
連 絡 先	電話 () F A X ()	電話 () F A X ()

□ 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。

氏 名

フ リ ガ ナ	
被 保 険 者 氏 名	
	電話番号（ — — ）
介 護 保 險 被 保 険 者 番 号	
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) ※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 ↑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 ↑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 （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) ※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) ※ 寄附の使途について、 希望される項目に☑印 をつけてください。 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。	☐ ① 福祉関係(全般)【大阪市】 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。									
	☐ ② 福祉関係(障がい者スポーツ振興)【大阪市】 障がい者スポーツの普及に活用します。									
個人情報 の通知の同意	☐ ③ 善意銀行【大阪市社会福祉協議会】 地域福祉の推進に係る事業に活用します。									
	☐ 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】 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	☐ 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、別途寄付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) ※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。									
	☐ 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) ※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。 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。									
	☐ 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。