

大阪市介護予防活動等実施状況報告書

(提出先)
大阪市長 様

年 月 日

(※助成対象者本人のものを記載)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

本事業の助成対象者決定通知を受け取った後に行った介護予防活動等の状況を報告します。
下記活動のその後の状況についてアンケートが実施された場合、当該アンケートに協力します。
下記内容について事業の実施に必要な範囲内で下記団体等に確認が行われることに同意します。

行った活動名称 (必ず1つ以上を選択・記載してください)

☐ 介護予防ポイント事業の活動 登録番号 [_____]

例) 補聴器装着により、「新たに登録して活動を行った」・「活動頻度が増えた」・「新たな活動を行った」・「活動に復帰することができた」等

☐ アスマイルを活用した健康づくり活動 参加者番号 [_____]

例) 補聴器装着により、「新たに登録して活動を行った」・「1日あたりの歩数が増加した」・「新たに健康イベントに参加した」等

☐ その他 (太枠内に詳細を記載) ※上記の活動ができない場合のみ

記載

※「その他」の場合のみ記載

団体・活動内容等 (「いつ」・「どこで」・「何を行ったのか」等を具体的に記載)

団体等の名称 [_____] 団体等の連絡先 [_____]

活動内容等

1 開始時期 _____ 年 月 ~

2 活動場所 _____

3 活動内容 _____

補聴器装着による効果 (該当するもの全てを選択)

☐ 会話や物音が聞き取りやすくなった。

☐ 人との会話やコミュニケーションが増えた (楽しくなった)。

☐ 外出する機会が増えた。

☐ 気持ちが落ち着いたり、前向きになった。

☐ 興味のあること (趣味や娯楽等) が増えた。

☐ その他 [_____]