

ボランティア用

ボランティア番号(事務局記入欄)

_____年度 **横浜市ガイドボランティア登録申請書**

| | | | |
|---------------|-------------------------|-------------|-------------|
| 事務取扱団体 | 公益社団法人 横浜市身体障害者団体連合会 | 実施団体 | 浜 視 協・車椅子の会 |
|---------------|-------------------------|-------------|-------------|

| | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|------------------------|--|-----------------------|
| ふりがな | | | 生年月日(年齢) | 性別 |
| 氏名 | | | 年 月 日 (満 歳) <small>西暦 大正 昭和 平成</small> | 男・女 |
| 住所 | 〒 _____ ※集合住宅は名称・部屋番号必須 | | | |
| | 最寄駅 | 線 | 駅 (→バス停) | 所要時間 分 |
| 携帯電話 | () | 電話 | () | |
| E-mail | | | | |
| 特定の支援対象者の有無 (どちらかに○→) | 有・無 | ※有の場合→特定の支援対象者の氏名・障害区分 | 家族(3親等以内)の支援対象者登録の有無 (どちらかに○→) | 有・無 |
| | | (複数記入可) | | ※有の場合→支援対象者登録のある家族の氏名 |
| 上記の特定の支援対象者以外の方のガイド (どちらかに○→) | 可能・不可能 | 自家用車の利用 (どちらかに○→) | 有・無 | |

◇◇◇ 特定の支援対象者がいない場合、または特定の支援対象者以外のガイド可能な方は★のガイド可能な内容の箇所等に○印および必要事項をご記入ください。 ◇◇◇

| | | | | | |
|--|----------------|----------------|--------------------|--------------|-------------------|
| ★障害区分 | 視覚障害 | 肢体不自由 | 知的障害 | 精神障害 | 難病 |
| ★活動範囲 | 依頼者 在住場所 | 市内全域可 | 公共交通機関等で []分圏内 | []区内(複数記入可) | 自宅周辺 ※徒歩・自転車圏内 |
| | 外出先 | 市外可能 | 市内全域 | []区内(複数記入可) | []周辺 |
| ★活動可能な曜日・時間帯 | 月 (時 ~ 時) | 火 (時 ~ 時) | 水 (時 ~ 時) | | |
| | 木 (時 ~ 時) | 金 (時 ~ 時) | 土 (時 ~ 時) | | |
| | 日 (時 ~ 時) | 特に決まりなし(相談により) | | | |
| ★必要に応じた他事務取扱団体及び移動情報センターへのボランティア情報提供に、 (どちらかに○→) | 同意します ・ 同意しません | | | | |

| | |
|---------------------------|--|
| 備考 (追記事項があれば記入) | ※ガイドボランティア研修を受講していれば、受講日を記入してください。→ _____年 _____月 _____日 |
|---------------------------|--|

| | | | | |
|---------------------------|---------------------|----|------|-------------|
| 奨励金振込口座 ※本人名義口座 | ゆうちょ銀行 ※通帳の写しを添付 | 総合 | 通帳記号 | 通帳番号(右詰め記入) |
| | | | | |

※下記内容を確認し、チェックを入れてください。

上記のとおりガイドボランティアに登録し、守秘義務を遵守し適正に活動します。

奨励金を不正に請求・受領した場合は、その全額(加算金を含む)を返還します。

他の事務取扱団体には登録していません。

ボランティア活動保険(全国社協)の2口以上の登録はありません。

申請年月日 _____年 _____月 _____日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

※ご提供いただいた個人情報については、本事業の目的以外には使用いたしません。