

# 障害者

「障害のある方の外出のお手伝いをしてみたい」  
「ボランティアに関心がある」という方は、  
お気軽にご参加ください！

# ガイドボランティア研修会

## 参加者募集



『横浜市障害者ガイドボランティア』とは・・・

視覚障害者や肢体不自由者、知的障害者、精神障害者、難病患者等の方が外出するとき、必要となる付添い（ガイド）を行ったボランティアに奨励金が支払われる横浜市独自の制度です。

### ◇◇◇ ガイドボランティア入門 ◇◇◇

【参加資格】

- ・18歳以上の方（横浜市内在住でなくても可）
- ・障害者福祉に理解及び熱意がある方

【参加費】 無料

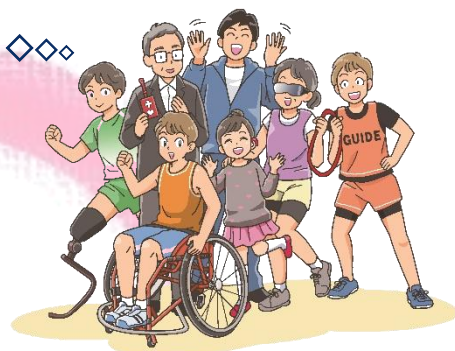
【場 所】 横浜ラポール3階 会議室1

【時 間】 ①13:15～16:00（開場13:00）  
②③10:30～15:30（開場10:15）

【持ち物】 筆記用具 飲み物 ②③は昼食

【募集人数】 各回定員 10名

\*感染症拡大防止の観点から、定員数を減らすこともあります。



※各回事業概要説明あり

| 令和4年度 開催日程  | テーマ・内 容  | 申込受付期間                    |
|-------------|--|---------------------------|
| ① 6月15日(水)  | 『視覚障害者の理解』<br>・視覚障害者の体験談<br>・視覚障害体験<br>・誘導実習 等                     | 受付中<br>4/27(水)<br>～6/1(水) |
| ② 9月22日(木)  | 『車椅子での動きを体験してみよう!』<br>・肢体不自由者の体験談<br>・誘導実習<br>・車椅子使用者といっしょに外出してみよう | 8/1(月)<br>～9/8(木)         |
| ③ 11月16日(水) | 『視覚障害者の外出サポート』<br>・視覚誘導體験実習（屋外）<br>・コミュニケーション方法<br>・ガイドボランティア体験談 等 | 9/30(金)<br>～11/2(水)       |

\*定員を超えた場合は、申込期日前に締切ります

【申し込み・問い合わせ】横浜市身体障害者団体連合会 TEL 045-475-2060

(略称 はましんれん)

HP 専用申込フォーム・FAX または直接窓口へお申込ください。



申込フォーム

★研修内容は、天候や講師の都合等により、変更になる場合があります。

★誘導體験等を行いますので、動きやすい服装でお越しください。

※当研修会はボランティア行事保険に加入しています。

注) 開催する場合は感染対策を徹底することとしますが、状況により急遽中止となる場合があります。

主 催 公益社団法人横浜市身体障害者団体連合会 横浜市健康福祉局

実 施 NPO法人横浜市視覚障害者福祉協会

## 障害者の外出のお手伝い『ガイドボランティア』



★ガイドボランティアとして活動する場合は、事前に登録が必要です。

★ガイド1回につき500円を奨励金としてお支払いします。

(通学・通所：行きと帰りそれぞれを1回、一般・余暇：1回4時間以内)

ただし、ボランティアの自宅から対象者の自宅までの間に交通費が発生する場合は、1回1000円となります。(ガイド中の交通費は依頼した当事者が負担します。)

★活動の範囲 (すべて日帰りできる範囲のみの付添)

- ・特別支援学校・養護学校・普通校への通学支援
- ・日中活動系サービス事業所や作業所等への通所支援
- ・日常生活上必要不可欠な外出支援…役所、医療機関、スーパーなど
- ・社会参加促進のための外出支援…冠婚葬祭、家族の学校等の行事参加など
- ・文化・スポーツ活動など社会参加のための外出支援



≪研修会 開催地 案内図≫ 横浜ラポール3階 会議室1



●新横浜駅から徒歩(約10分)

JR 横浜線「新横浜駅」北口

横浜市営地下鉄「新横浜駅」出口8

●新横浜駅からリフト付き無料送迎バス(約5分)

駅北口側(出口4A)福祉施設利用送迎バス乗降場から、  
横浜市総合リハビリテーションセンター・横浜ラポール専用

●横浜市営バスをご利用の場合

横浜市営バス(300系統)♀「浜島橋」下車 徒歩2分

(市営地下鉄「仲町台駅」・JR 横浜線及び  
横浜市営地下鉄「新横浜駅」から接続)



横浜市身体障害者団体連合会 宛 (FAX045-475-2064)

～ ガイドボランティア研修会申込書 ～

| 氏名       | 連絡先情報                                       |
|----------|---|
|          | 住所〒 _____                                   |
|          | TEL. _____                                  |
| *受講時年齢 歳 | あれば E-mail _____<br>(PCからのメール受信拒否設定でないアドレス) |

\*保険加入の都合上、年齢の記載をお願いします。

参加希望日に☑してください

| 申込受付 4/27~6/1                                    | 申込受付 8/1~9/8                                     | 申込受付 9/30~11/2                                    |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 6/15 (水)<br>13:15~16:00 | <input type="checkbox"/> 9/22 (木)<br>10:30~15:30 | <input type="checkbox"/> 11/16 (水)<br>10:30~15:30 |

志望動機