

____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 横浜市視覚障害者福祉協会	
--------	--	-------------------------	--	----------------------	--

ふりがな		生年月日(年齢)		性 別	
氏 名		西暦 年 月 日 (満 歳)		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					
※ご記入いただいた方へ各種情報を提供します					
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)			
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)	____年 ____月 ____日				
※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。→					

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。