

令和__年度介護支援サポーターポイント参加確認表(サロン名_____)

氏名	日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				

※12名以上のボランティアの方がおられるサロンおよび回数の足りないサロンは裏面をご利用ください。

	氏名	日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13																			
14																			
15																			

- 対象 : 40歳以上の方で、サロン運営のボランティアをなさる方が対象となります。
※ボランティア実施にあたり、謝礼をいただいている場合は対象外となります。
- 期間 : 本年3月1日～翌年2月28日の1年間です。
- 登録 : この事業を利用する場合は、鯖江市社会福祉協議会で登録手続きが必要です。
介護保険証(水色三つ折)を、介護保険証の交付を受けていない方は、
保険証または免許証をご持参ください。申請されますとサポーター手帳をお渡しします。
- ポイント : 活動時間1時間をスタンプ1個(1ポイント)1日につきスタンプ2個(2ポイント)が
限度となります。
- 確認表 : 登録を済まされた方は、毎回自分の名前のところに1または2とスタンプ数をお書き下さい。
サロン巡回の際、職員がサポーター手帳に必要数スタンプを押させていただきます。
(上限ポイント50ポイント)
- 評価ポイント活用申請 : ポイントは1ポイントにつき100円の交付金とします。