

タオルDEこげんよか体操DVD申請書

久留米市長 様

令和 年 月 日

申請者

団体名

代表者氏名

代表者住所(〒 - )

久留米市

代表者連絡先

「久留米市タオルDEこげんよか体操DVD配布実施要綱」第3条の規定に基づき、タオルDEこげんよか体操DVDの給付を次のとおり申請します。

なお、この申請書の記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 申請内容

活動内容等	<input type="checkbox"/> 体操(運動) <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> いきいきサロン活動 <input type="checkbox"/> 老人クラブ活動 <input type="checkbox"/> 自主グループ活動 <input type="checkbox"/> 自治会活動 <input type="checkbox"/> その他( )
活動場所 (小学校区)	〒 - 活動場所: 久留米市 ( 小学校区) 電話番号 - -
参加費	<input type="checkbox"/> 有 ( )円/月 ・ ( )円/年 <input type="checkbox"/> 無
活動頻度 活動日時	<input type="checkbox"/> 活動頻度 週( )回 ・ 月( )回 <input type="checkbox"/> 活動日時 ..... 曜日 時 分 ~ 時 分 ..... 曜日 時 分 ~ 時 分
団体等の 会員数	( )名うち65歳以上の久留米市民の会員数( )名

2. 要綱第2条第3号（地域住民の参加の受入れる体制であること）の確認

- ・団体名・主な活動、活動場所、活動日時、参加費の有無を公表することに同意しますか。

はい  いいえ

- ・久留米市保健所地域保健課、久留米市地域包括支援センターへ情報提供することに同意いただける項目にチェックをいれてください。

代表者名     代表者連絡先     参加費     会員数