様式第１号

上尾市チームオレンジ登録申請書

令和　　年　　月　　日

上尾市長　あて

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

上尾市チームオレンジ事業実施要領の規定により、上尾市チームオレンジの登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| チームオレンジの 名称（チーム名） |  | | | | | | | | |
| チーム員数 | 認知症サポーター | |  | | 人 | 合計 |  | 人 | |
| 認知症ご本人 | |  | | 人 |
| 認知症介護家族 | |  | | 人 |
| 主な活動拠点  （場所・所在地） |  | | | | | | | | |
| 代表連絡先  （該当に✔） | 申請者と同じ  　申請者と異なる（連絡先を記載してください▼） | | | | | | | | |
| 氏名又は名称： | | |  | | | | | |
| 住　所： | | |  | | | | | |
| 電　話： | | |  | | | | | |
| 目的・コンセプト |  | | | | | | | | |
| 活動内容  （該当全てに✔） | 認知症カフェ等の認知症の当事者及びその家族、地域住民、専門職等が気軽に集まることができる場の企画・運営  　認知症の当事者及びその家族の思いを傾聴し、メンバーの主体性を重視したサポートの実施（見守り活動、出前支援、外出同行支援、ＳＯＳネットワークへの協力等）  　認知症の当事者及びその家族からの相談に応じた、地域包括支援センター等の専門機関へのつなぎ  　認知症の対応方法等に関する学習  　市や地域包括支援センターが実施する、認知症に関するイベント等への参加  　メンバー間や関係者間での定期的な情報交換や活動報告  　その他（記載してください▼） | | | | | | | | |
| 【 |  | | | | | | | 】 |
| 登録要件の確認  （登録は**全てに✔**が必要です） | 市民を対象に活動します。  　メンバーは、認知症サポーターステップアップ研修を受講し、又は受講する予定です。  　宗教活動、政治活動及び営業活動は行いません。  　認知症の人及びその家族も参加できるように努めます。 | | | | | | | | |
| 市ホームページへの掲載 | 市ホームページに活動団体一覧を掲載します。情報掲載について、いずれかに✔を入れてください。（登録後も申し出により変更できます）  　掲載を希望する　（この申請書に記載の情報を掲載してよい）  　掲載を希望するが、代表者名や連絡先は記載しないでほしい  　掲載を希望しない | | | | | | | | |

**記入例**

上尾市チームオレンジ登録申請書

**令和●年●月●日**

上尾市長　あて

申請者　住所　上尾市●●●●●●

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　●●　●●

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　000-0000-0000

上尾市チームオレンジ事業実施要領の規定により、上尾市チームオレンジの登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| チームオレンジの 名称（チーム名） | チームオレンジ●●●●●● | | | | | | | | |
| チーム員数 | 認知症サポーター  **申請時点の人数で構いません** | | **00** | | 人 | 合計 | **00** | 人 | |
| 認知症ご本人 | | **00** | | 人 |
| 認知症介護家族 | | **00** | | 人 |
| 主な活動拠点  （場所・所在地） | **●●●●　・　上尾市●●●●●** | | | | | | | | |
| 代表連絡先  （該当に✔） | 申請者と同じ  　申請者と異なる（連絡先を記載してください▼） | | | | | | | | |
| 氏名又は名称： | | |  | | | | | |
| 住　所： | | |  | | | | | |
| 電　話： | | |  | | | | | |
| 目的・コンセプト | **「認知症についての理解を深めていく学習会などを行う」　など**  **申請時点で予定している活動内容に✓してください** | | | | | | | | |
| 活動内容  （該当全てに✔） | 認知症カフェ等の認知症の当事者及びその家族、地域住民、専門職等が気軽に集まることができる場の企画・運営  　認知症の当事者及びその家族の思いを傾聴し、メンバーの主体性を重視したサポートの実施（見守り活動、出前支援、外出同行支援、ＳＯＳネットワークへの協力等）  　認知症の当事者及びその家族からの相談に応じた、地域包括支援センター等の専門機関へのつなぎ  認知症の対応方法等に関する学習  　市や地域包括支援センターが実施する、認知症に関するイベント等への参加  　メンバー間や関係者間での定期的な情報交換や活動報告  　その他（記載してください▼） | | | | | | | | |
| 【 |  | | | | | | | 】 |
| 登録要件の確認  （登録は**全てに✔**が必要です） | 市民を対象に活動します。  メンバーは、認知症サポーターステップアップ研修を受講し、又は受講する予定です。  宗教活動、政治活動及び営業活動は行いません。  認知症の人及びその家族も参加できるように努めます。 | | | | | | | | |
| 市ホームページへの掲載 | 市ホームページに活動団体一覧を掲載します。情報掲載について、いずれかに✔を入れてください。（登録後も申し出により変更できます）  **こちらは内容確認の上、すべてに✔を入れてください**  　掲載を希望する　（この申請書に記載の情報を掲載してよい）  掲載を希望するが、代表者名や連絡先は記載しないでほしい  　掲載を希望しない | | | | | | | | |