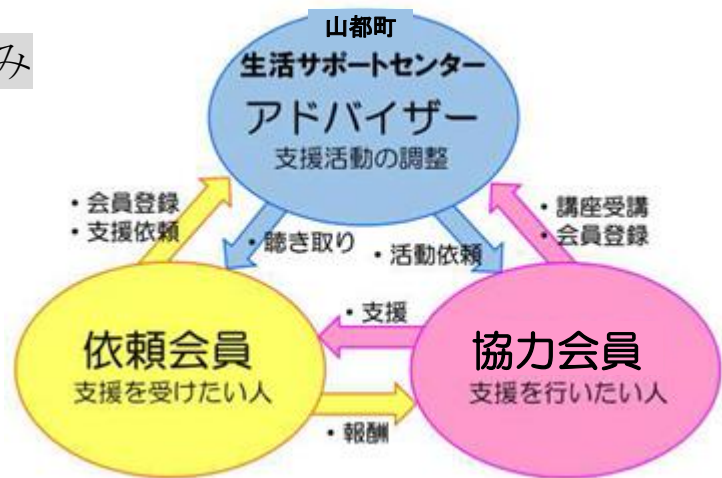


山都町生活サポートセンター

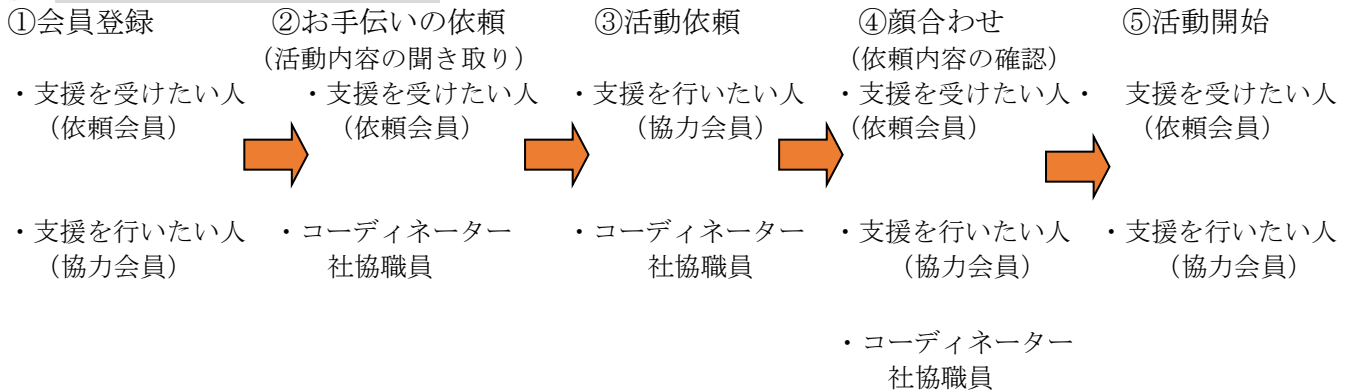
高齢となり日常生活で「ちょっと困ったな、手伝ってほしいな」の声に地域住民同士が気軽に支えあえる相互支援活動です。有償の活動ですが、営利を目的とせず、依頼者の負担軽減や感謝の思いを謝礼金(報酬)のやり取りで表しています。会員登録をすることで、支援活動をするという事も依頼して支援を受けることもできます。一方的に支援をするという事ではなく、自分に出来ることや元気な時に手助けが必要な人に手を差し伸べ、「お互いに支え合うことが出来る」仕組みを作っていきます。

「支え合いの活動」の仕組み

生活サポートセンターは「支援を受けたい人(依頼会員)」と「支援を行いたい人(協力会員)」とをつなぐ会員組織です。



『利用』のながれ



* 依頼会員の登録とお手伝いの依頼は、ご担当の介護支援専門員を通じてお願いします。

お問い合わせ
 山都町社会福祉協議会
 山都町生活サポートセンター
 山都町大平 91 番地
 清和 ☎82-3345
 矢部 ☎72-3211
 蘇陽 ☎83-1751

生活サポートの例

安否確認見守り 無料



薬受け取り



電球交換・ゴミだし（町回収に限る）



家事支援（掃除・食事準備・洗濯）



外出（通院付添い）2時間まで
入院中支援（洗濯・買い物・届け物）
家族への報告
その他、社協が認めるもの



活動時間に応じて、報酬を受け取ることが出来ます

活動報酬 30分 500円
それ以上は、30分ごとに500円加算

生活サポーター養成講座

生活サポーター活動をするために、生活サポーター養成講座の受講が必要となります。養成講座修了者は、生活サポーターとして登録して活動していただきます。



山都町生活サポートセンター 加入申込書

(依頼会員用)

申込み日 平成 年 月 日

ふりがな				本人・親・兄弟 その他 ()	性別 男・女
申込者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日			歳	
現住所					
電話番号	自宅			FAX	
	携帯			メール アドレス	
緊急連絡先	氏名 (続柄)		連絡先		同居家族
かかりつけ医	内科				
	外科				
依頼内容					

同意書

私が山都町生活サポートセンターに依頼した件で、生活サポートセンター活動中に起こったケガや事故などについては、山都町社協が加入する保険の適応範囲内で保障されることに同意します。また、協力会員に必要な情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日

依頼会員氏名

(印)

山都町生活サポートセンター 加入申込書

(協力会員用)

申込み日 平成 年 月 日

ふりがな				本人・親・兄弟		性別	
申込者氏名				その他 ()		男・女	
生年月日		大正・昭和・平成		年		月 日 歳	
現住所							
電話番号		自宅		FAX			
		携帯		メール アドレス			
緊急連絡先	氏名 (続柄)		連絡先		同居家族		
かかりつけ医		内科					
		外科					
協力できる内容	1. 安否確認 2. 見守り・声掛け・手紙代筆 3. 買物・薬受け取り 4. 電球交換 5. ゴミだし (町回収に限る) 6. 家族への報告 7. 家事支援 (掃除・食事準備・洗濯) 8. 外出 (病院付添い) 9. 入院中支援 (洗濯・買い物・届け物) 10. その他						
協力できる時間	時間帯		平日	土曜	日曜	祝日	備考
	早朝 ~ 8:00						
	午前 8:00~12:00						
	午後 12:00~17:00						
	夕方 17:00~19:00						
	夜間 19:00~						
免許資格等		・運転免許・教諭・看護師・介護士 ・保健師 ・ヘルパー・調理師 ・その他 ()					

上記のとおり、山都町生活サポートセンターへ申し込みます。
また、依頼会員に必要な情報を提供することに同意します。

山都町生活サポートセンター様

平成 年 月 日 氏名

(印)

入会日 平成 年 月 日	退会日 平成 年 月 日
--------------	--------------