

渋川市 在宅高齢者福祉サービスガイド

(介護保険指定事業所が行うサービスを除く)

令和8年度版
(令和8年4月作成)



渋川市福祉部高齢福祉課

☎0279-22-2257

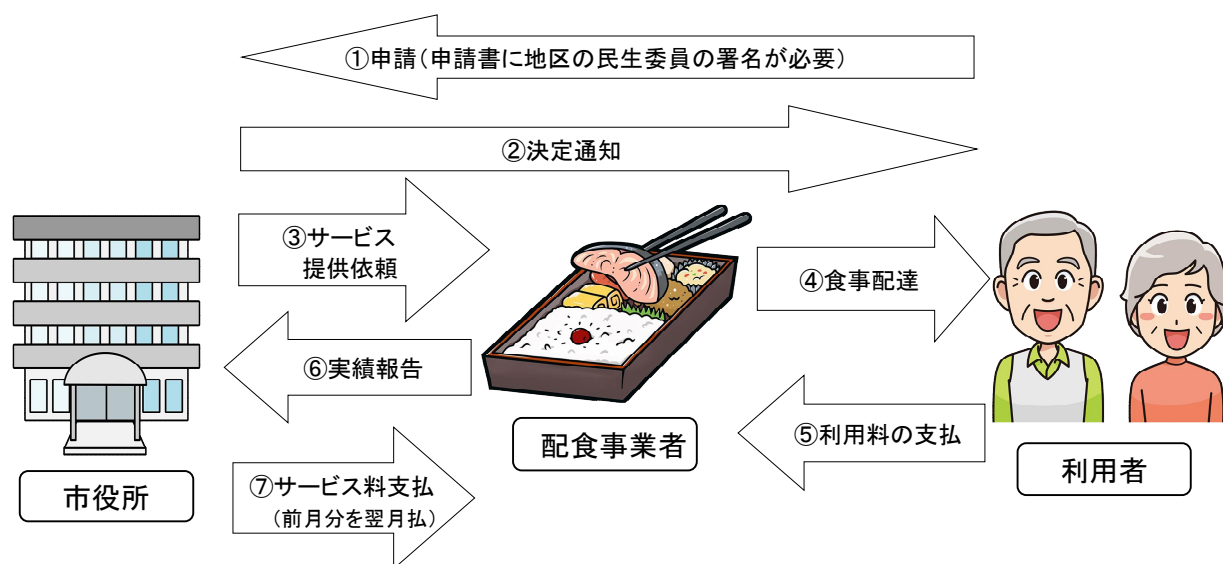
目次

■日常生活での支援について		■健康管理について	
生活援助食事サービス	1	定期予防接種	21
理美容サービス	2	任意予防接種	22
布団丸洗いサービス	3	後期高齢者人間ドック検診費の助成	23
紙おむつ給付	4		
高齢者補聴器購入費助成金	5	■介護者への支援について	
地域助け合い家事援助サービス	6	在宅介護慰労金支給	24
基準緩和型通所サービス	7		
ぐんまちよい得シニアパスポート	8	■敬老事業について	
		敬老会実施	25
		敬老祝金支給	26
		長寿者顕彰	27
■見守りについて		■介護予防について	
救急医療情報キット給付サービス	9	シニア筋力ぐんぐん教室(高齢者筋力向上教室)	28
あんしん見守り緊急通報システムサービス	10	カラダまるごと健活クラブ(旧:元気復活お達者教室)	30
認知症高齢者等検索支援登録事業	12	介護予防おうえんポイント制度	31
認知症高齢者等GPS端末貸出	13	介護予防活動促進事業	32
■移動支援について		■生きがいづくりについて	
福祉車両貸出	14	市立図書館資料配送サービス	33
介護用車両購入費補助金	15	渋川市老人クラブ連合会	34
高齢者タクシー利用券交付	16	渋川市シルバー人材センター	34
バス・タクシーの高齢者割引	17	渋川市老人福祉センター	34
		渋川市子持高齢者能力活用センター	34
■安全対策について		■相談窓口について	
詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金	18	渋川市地域包括支援センター	35
住まいの防犯対策支援補助金	19	渋川市成年後見サポートセンター	36
		渋川市消費生活センター	36
		渋川市保健センター	36
		しぶかわ健康ダイヤル24	36
		渋川市高齢者移動支援センター	36
■災害対策について		■その他	
要支援者登録と個別支援プランの受付	20	各種サービス申請書等	37～

生活援助食事サービス

実施内容	食事をすることが困難な高齢者等に対し、栄養のバランスのとれた食事を配食することを通じ、配食時における安否確認及び孤独感の解消を図ります。	
対象者	市内在住で疾病等により調理ができない65歳以上の高齢者世帯	
実施回数	週5回まで（昼食） ※配食事業者の配食可能範囲内で実施をするため、必ずしも希望通りに配食できるとは限りません。	
食事内容	普通食又は特別食（粥、軟ご飯、きざみ食） ※配達事業者によって特別食の対応は異なります。 ※病院食（塩分やカロリー計算食等）には対応していません。	
利用料	利用者一人につき1食あたり380円。利用料は業者へお支払いください。	
申請	窓口	高齢福祉課、各行政センター
	必要書類等	申請書（P37）
	備考	一度、利用決定を受ければ、毎年、利用継続します。
サービスの変更	実施業者や実施曜日等の変更をする場合は、市に変更届を提出します。	
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	

実施方法



理美容サービス				
実施内容	利用者の居宅において、次のサービスを行います。 ■理容サービス 散髪、洗髪及びひげ剃り ■美容サービス カット、ブロー及びシャンプー			
	実施店舗	委託事業者又は委託事業者に加盟する理容店若しくは美容店		
対象者 右の要件を 全て満たす者	①市内に居住し住所を有すること ②65歳以上のねたきり高齢者若しくは認知症高齢者(※1)又は重度身体障害者(児) ③施設等に入所・入居していないこと又は病院等に入院していないこと ④市税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納がないこと			
利用券	利用者1人につき年間3枚を限度とし、申請月により次のとおり交付します。(1枚3,000円)			
	申請月	4月～7月	8月～11月	12月～3月
	交付枚数	3枚	2枚	1枚
利用者負担	1回の利用につき理美容サービスに要した費用から3,000円を控除した額			
申請	窓口	高齢福祉課、各行政センター		
	必要書類等	申請書(P38)		
	備考	毎年度、申請が必要です。 利用券を使用できる理美容店は高齢福祉課にお問い合わせください。		
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257			
実施方法	<p>①申請</p> <p>②決定通知と 利用券交付</p> <p>③理美容サービス 提供可能な店舗に サービス提供依頼</p> <p>④サービス を受ける</p> <p>⑤利用券1枚渡し 利用者負担額支払</p> <p>⑥利用券提出</p> <p>⑦サービス料支払</p> <p>市役所</p> <p>利用者</p> <p>理美容店</p>			

(※1)

【ねたきり高齢者】下記のいずれかに該当する介護認定を受けている65歳以上の者

- ①要介護4又は5
- ②要介護1～3で、認定調査票又は主治医意見書の項目のうち障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)がランクB以上

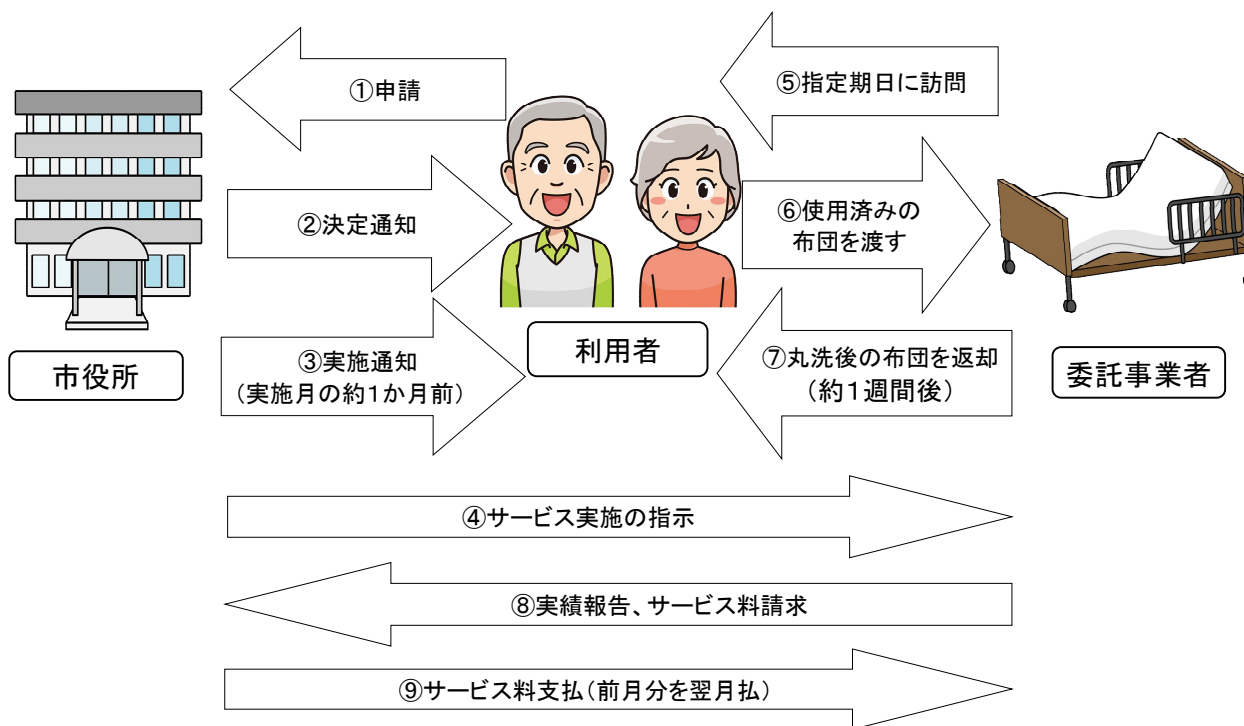
【認知症高齢者】下記のいずれかに該当する介護認定を受けている65歳以上の者

- ①要介護4又は5
- ②要介護1～3で、認定調査票又は主治医意見書の項目のうち認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅢ以上

布団丸洗いサービス

実施内容	利用者が用いる布団(掛布団、敷布団、かいまき、毛布)を丸洗します。	
対象者 右の要件を 全て満たす者	①市内に居住し住所を有すること ②65歳以上のねたき高齢者若しくは認知症高齢者(※1)又は重度身体障害者(児) ③施設等に入所・入居していないこと又は病院等に入院していないこと ④市税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納がないこと	
実施回数	年間2回(7月、1月)	
利用者負担	無料(1回の実施につき布団2枚まで)	
申請	窓口	高齢福祉課、各行政センター
	必要書類等	申請書(P39)
	備考	一度、利用決定を受ければ、対象要件に該当する限り、利用継続します。
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	

実施方法



(※1)

【ねたき高齢者】下記のいずれかに該当する介護認定を受けている65歳以上の者

- ①要介護4又は5
- ②要介護1～3で、認定調査票又は主治医意見書の項目のうち障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)がランクB以上

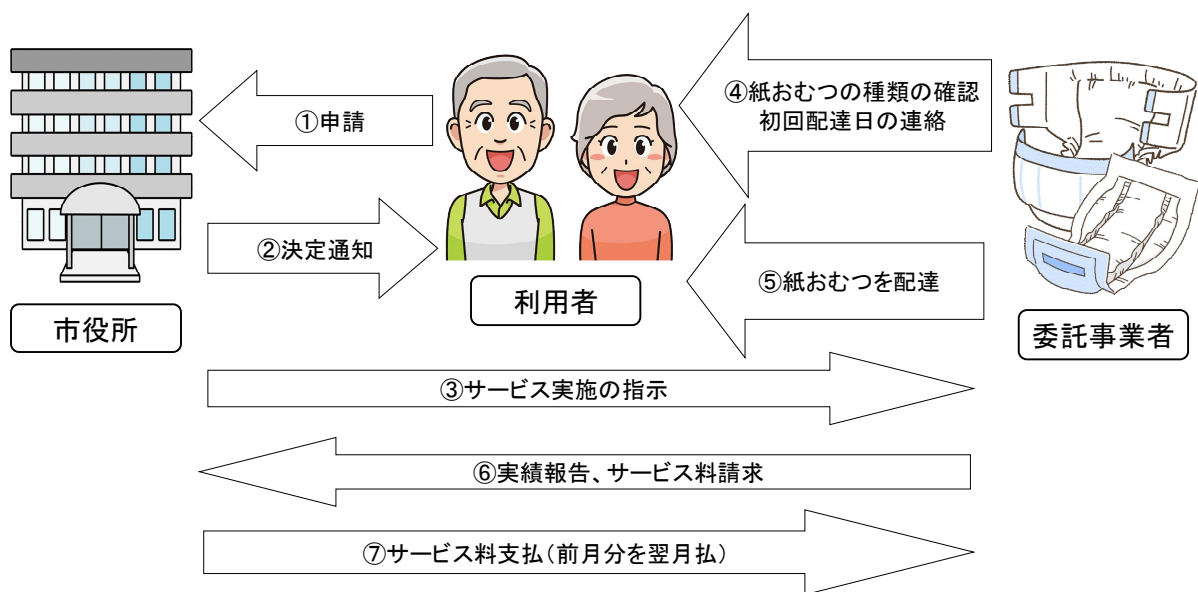
【認知症高齢者】下記のいずれかに該当する介護認定を受けている65歳以上の者

- ①要介護4又は5
- ②要介護1～3で、認定調査票又は主治医意見書の項目のうち認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅢ以上

紙おむつ給付

実施内容	対象者が使用する紙おむつ(尿とりパッド・フラット型おむつ・テープ止め型おむつ・パンツ型おむつ)を給付します。	
対象者 右の要件を 全て満たす者	①市内に居住し住所を有すること ②日常的に紙おむつを必要としていて次のいずれかに該当する者 ア 65歳以上の、要介護3認定者のうち認知症高齢者(※1)又は要介護4以上認定者 イ 3歳以上65歳未満の重度身体障害者(児)又は3歳以上18歳未満の療育手帳A保持者 ③施設等に入所・入居していないこと又は病院等に入院していないこと ④市税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納がないこと	
実施回数	年2回	
配達月	8月、2月 ※配達日は業者によって異なります。	
利用者負担	無料	
種類・数量	給付1回あたり上限税込7,500円分の紙おむつを業者ごとのカタログから選択。	
申請	窓口	高齢福祉課、各行政センター
	必要書類等	申請書(P40)
	備考	<ul style="list-style-type: none"> ・申請受付期間は、令和8年6月1日～令和9年2月5日までのです。 ・年2回給付を受けるには、令和8年8月5日までに申請する必要があります。 ・一度、利用決定を受ければ、給付対象に該当する限り、利用継続します。 ・おむつの種類の変更や入院・入所等をする場合は、必ず下記問い合わせ先又は業者にご連絡ください。 ・紙おむつが配達される月の在宅日数が15日未満の場合は給付対象外となります。
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	

実施方法



(※1)

【要介護3認定者のうち認知症高齢者】下記に該当する介護認定を受けている65歳以上の者
要介護3で、認定調査票又は主治医意見書の項目のうち認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅢ以上

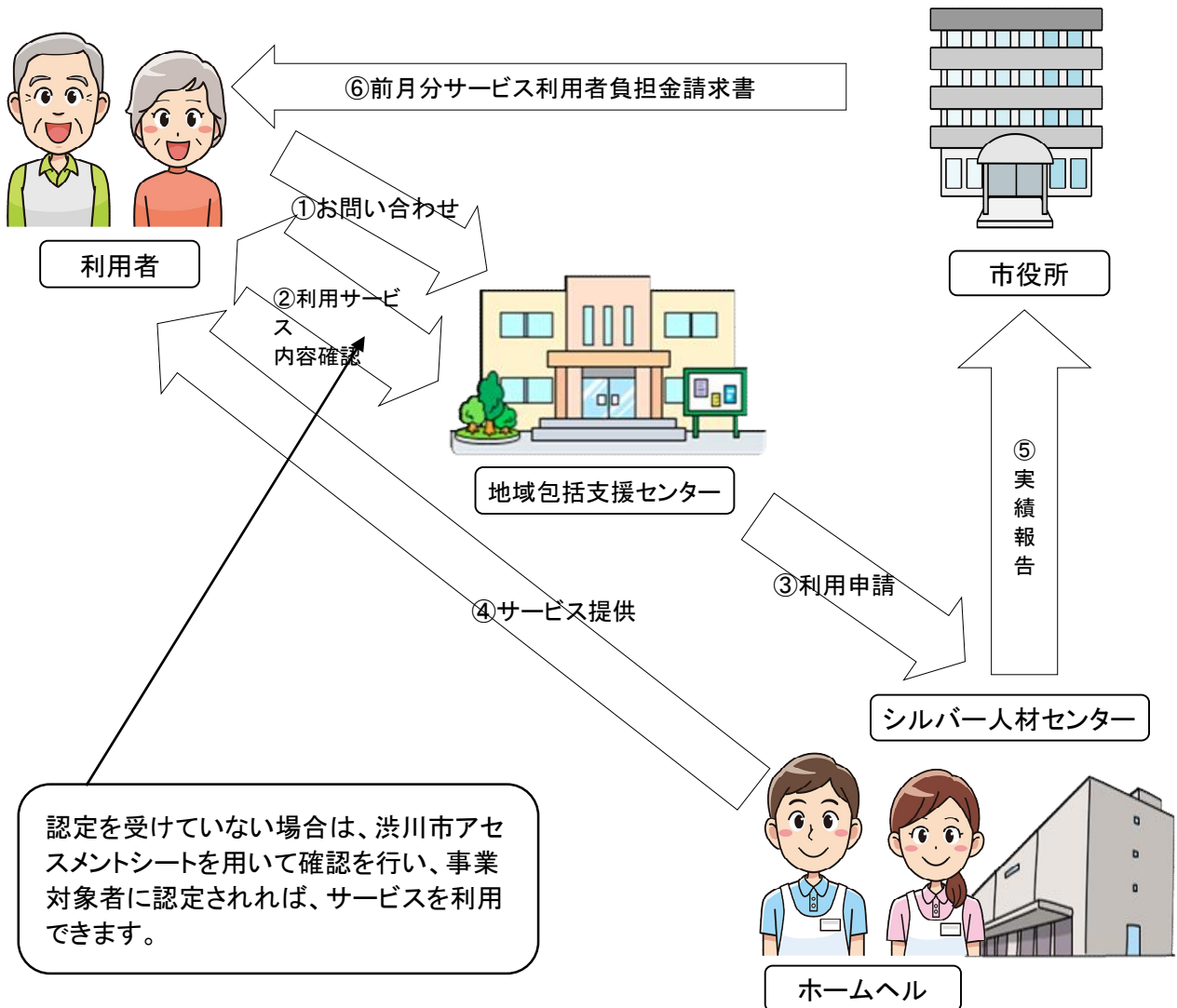
高齢者補聴器購入費助成金

実施内容	高齢者のコミュニケーションの手段を確保するとともに、要介護状態になることの予防や引きこもりの防止を図るため、聴力の低下により日常生活に支障を来している高齢者に対し、補聴器の購入費用の一部を助成します。	
対象者 右の要件を 全て満たす者	①市内に居住し、住所を有する、65歳以上の者 ②聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けていない者 ③両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、かつ、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない者 ④耳鼻咽喉科専門医から補聴器の使用が必要であると認められた者 ⑤暴力団員等でない者 ⑥市税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料を滞納していない世帯の構成員 ⑦過去に本助成金の交付を受けていない者	
対象経費	管理医療機器認定を取得した新品の補聴器本体(電池、充電器及びイヤモードを含む。)の購入費用。 ※集音器は対象外です。 ※診察料、検査料、意見書作成料等の受診費用及び補聴器の修理、保守、電池交換並びに付属品のみ購入に係る費用は自己負担です。	
助成回数	1人当たり1台限り	
助成金額	住民税非課税世帯:補聴器の購入に必要な費用又は3万円のいずれか少ない額 上記以外の世帯:補聴器の購入に必要な費用又は2万円のいずれか少ない額	
申請	方法	補聴器を購入する前に窓口で申請をしてください。
	窓口	高齢福祉課、各行政センター
	購入前 交付 申請	①交付申請書(P41) ②耳鼻咽喉科専門医が作成した意見書(P42) ③3か月以内のオーゾグラム(純音聴力図) ④購入を希望する補聴器の見積書の写し(宛名は申請者) ⑤申請者の住所、氏名及び生年月日が確認できる身分証明書の写し ⑥誓約書兼同意書(世帯が2人以上で構成されている場合)(P43) ⑦申請者の属する世帯全員の住民税非課税証明書(転入等により、市で課税状況が確認できない場合)
	購入後 実績 報告	①実績報告書 ②補聴器の領収書の写し又はその代金の支払が確認できる書類(宛名は申請者名) ③振込先の口座情報が分かる書類(通帳見開き部分の写し等)
備考	交付申請の受付は令和9年2月26日までです。	
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	
実施方法	<p>①相談</p> <p>②耳鼻咽喉科受診</p> <p>③意見書、オーゾグラム入手</p> <p>④見積書入手</p> <p>⑤交付申請</p> <p>⑥交付決定</p> <p>⑦補聴器購入</p> <p>⑧領収書入手</p> <p>⑨実績報告</p> <p>⑩確定通知</p> <p>⑪助成額支払い</p> <p>利用者</p> <p>耳鼻咽喉科専門医</p> <p>補聴器販売業者</p> <p>市役所</p> <p>【注意】 交付申請を経ないで、補聴器を購入した場合は、助成対象外となります。</p>	


地域助け合い家事援助サービス

実施内容	下記対象者に対して、掃除、買物、調理、洗濯などの家事援助を行います。	
対象者	①介護保険制度の要支援認定者 ②上記認定を受けていない方で、渋川市アセスメントシートにより事業対象者の認定を受けた者	
利用回数	週2回まで、1回当たりの利用時間は1時間以内。 ただし、訪問型サービスと併用する場合は、利用回数の合計が訪問型サービスの利用限度回数以内での利用となります。	
利用者負担	300円 × 利用回数 (1ヶ月分をまとめて翌月に納付書で支払い)	
事業者	渋川市シルバー人材センター	
申請	方法	ケアマネージャー又は地域包括支援センターに相談し、書類等を窓口へ提出してください。
	窓口	シルバー人材センター
問合せ先	【当事業について】 高齢福祉課 0279-22-2257	
	【申請・利用について】 シルバー人材センター 0279-22-4688	

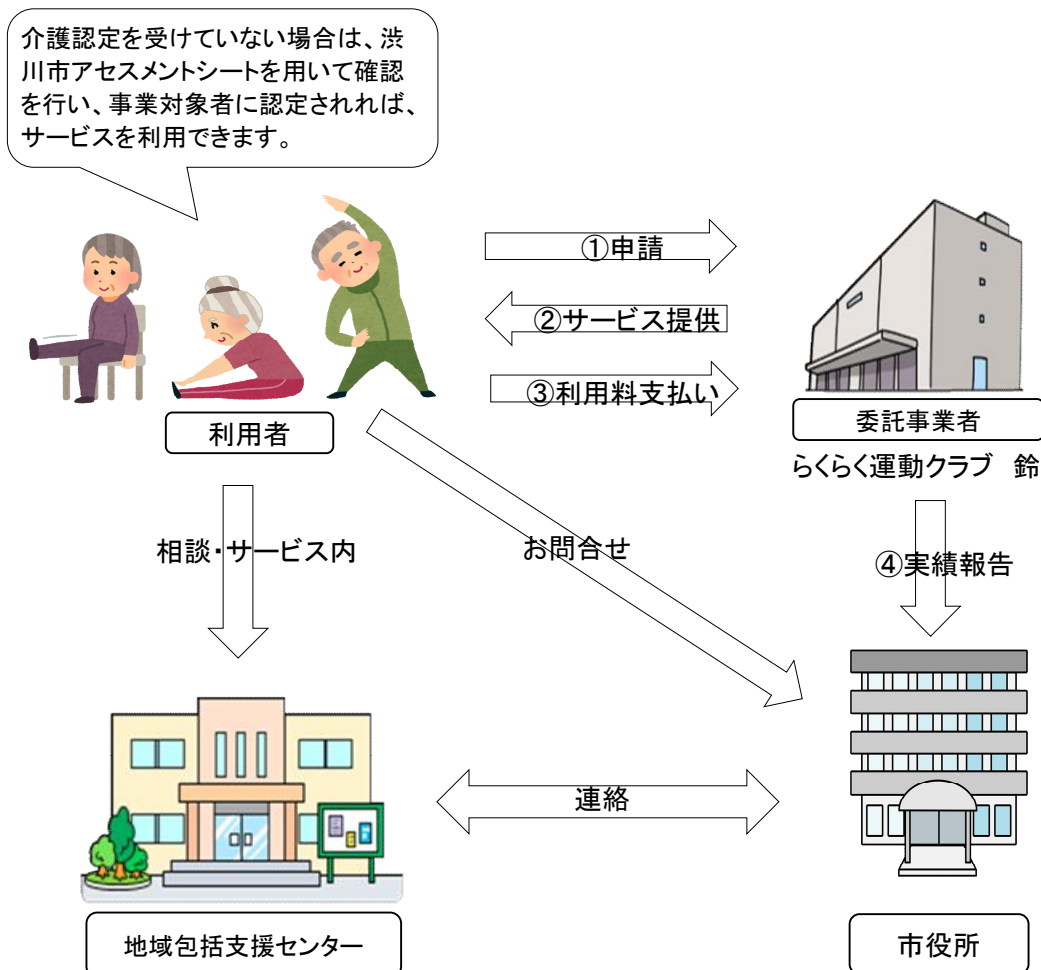
実施方法



基準緩和型通所サービス事業

実施内容	入浴及び食事を伴わない短時間のデイサービスです。レクリエーション活動、行事等を通じて、閉じこもりの予防及び利用者の心身機能の維持回復を図ることを目的としており、1回あたりの利用時間は2時間以上3時間未満です。	
実施場所	旧みかげデイサービスセンター	
対象者	①介護保険制度の要支援認定者 ②上記認定を受けていない者で、浜川市アセスメントシートにより事業対象者の認定を受けた者	
実施回数	利用者一人につき週2回を限度とする。	
利用者負担	1回の利用につき300円(1割負担) ただし、一定以上の所得のある方は600円(2割負担)又は900円(3割負担)	
申請	方法	ケアマネージャー又は各地域包括支援センターに相談し、申請してください。
	窓口	らくらく運動クラブ 鈴
問合せ先	<p>【申請・利用について】 らくらく運動クラブ 鈴 070-1002-9930</p> <p>【その他に関すること】 介護保険課 0279-22-2116</p>	 らくらく運動クラブ 鈴

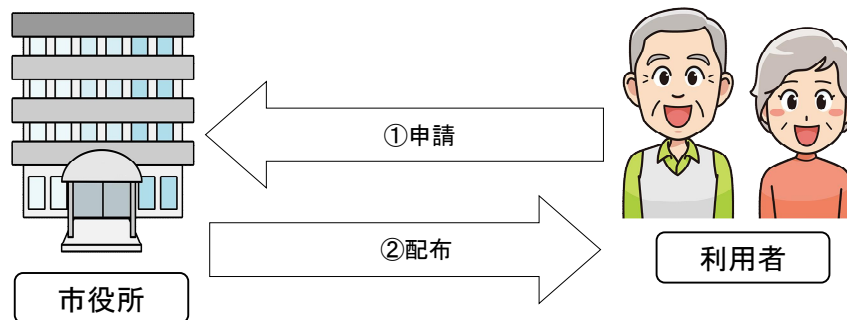
【事業の流れ】



ぐんまちよい得シニアパスポート

実施内容	群馬県と市町村が共同で協賛店において割引などの優遇措置が受けられる「ぐんまちよい得シニアパスポート」を配布しています。	
対象者	市内在住の65歳以上の者 ※平成30年度より介護保険被保険者証送付時(65歳になる月の初旬)に、当パスポートを同封して送付しています。	
利用者負担	無料	
申請	窓口	高齢福祉課、各行政センター
	必要書類等	身分証明ができるもの(介護保険被保険者証や運転免許証及びマイナンバーカード等)を窓口で提示してください。
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	

実施方法



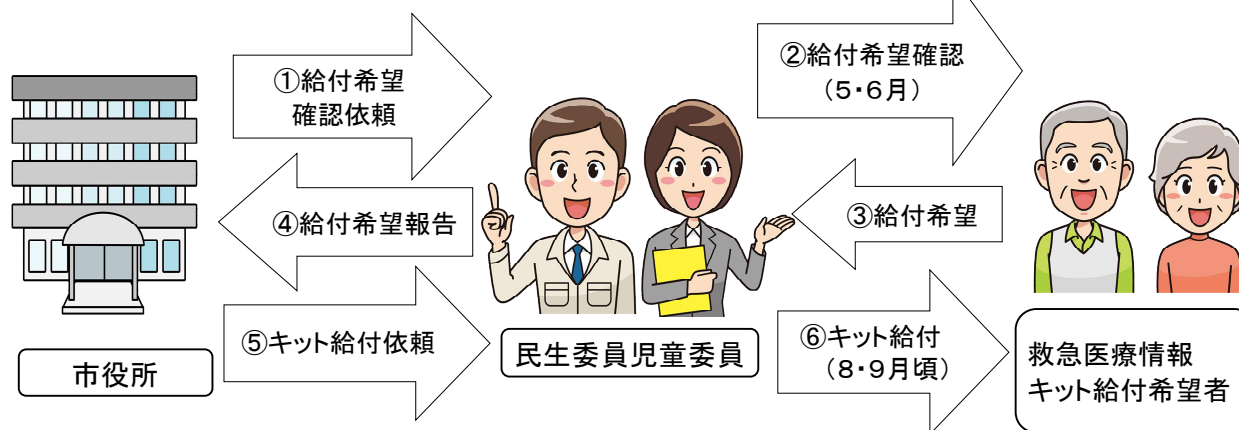
※デジタルぐんまちよい得シニアパスポートについては、高齢福祉課へ問い合わせてください。

救急医療情報キット給付サービス

実施内容	自宅での事故、災害、急病などの救急事態に対する周囲の適切な対応ができるよう、医療情報、緊急連絡先等を記載するキットの給付をします。	
対象者 右のいずれかの要件を満たす者	次のいずれかに該当する者 ① 65歳以上の者のみの世帯に属する者 (③該当者又は18歳未満の者と同居している場合を含む) ② 日中又は夜間において①と同じ状況となる世帯に属する者 ③ 障害者(身体・知的・精神)又は難病患者 ④ 認知症等により意志疎通が困難な者	
受付方法	【75歳以上のひとり暮らし高齢者】ひとり暮らし高齢者調査と併せて民生委員が希望の確認 【上記以外の者】高齢福祉課 又は 各行政センター	
支給	内容	蓋付きボトル、安心カード(調査票記載内容を一部出力)、シール(冷蔵庫貼付)
	再交付	破損等やむを得ない場合
保管場所	冷蔵庫の中に保管をしてください。	
申請	窓口	高齢福祉課、各行政センター
	必要書類等	申請書(P44)
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	

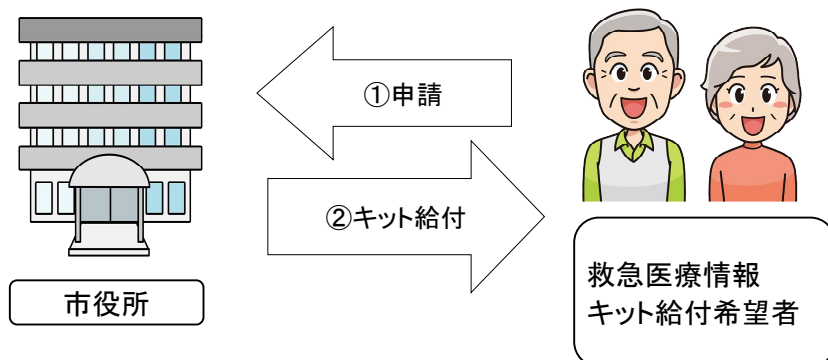
実施方法

75歳以上のひとり暮らし高齢者(高齢者調査時)



※高齢者調査時以外は、下の受付方法となります。

高齢者世帯・障害者、意志疎通が困難な者



あんしん見守り緊急通報システムサービス

実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者からの緊急通報を24時間365日体制で受信する。 ■必要に応じて、緊急要員による現場の確認を行う。 ■必要に応じて、消防本部に通報し、救急車の出動要請を行う。 ■指定された緊急連絡先及び市長に連絡する。 ■利用者の安否を定期的に確認する。 	
対象者 右の要件を 全て満たす者	<ul style="list-style-type: none"> ①市内に居住し住所を有すること ②75歳以上のひとり暮らし高齢者、18歳以上のひとり暮らし障害者、または65歳以上75歳未満のひとり暮らし高齢者で心臓疾患、脳疾患、糖尿病による合併症、その他の慢性疾患、特定疾患により日常生活に継続して注意を要する状態にある者 ③施設等に入所・入居していないこと又は病院等に入院していないこと ④市税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納がないこと 	
必要な機器	<ul style="list-style-type: none"> ・固定型通報機器の利用にあたっては、固定電話回線（NTTアナログ回線）が必要です。 ※その他回線をご利用の場合は、要相談 ・携帯型通報機器の利用にあたっては、利用者本人の携帯電話が必要です。 	
利用者負担	<p>基本的には無料。 ただし、通話料、電気代、利用者の責めに帰すべき事由による機器の修理代・弁償代、初回設置後の機器の移設工事費、その他費用は利用者負担とする。 [弁償代目安]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・固定型通報機器本体25,000円程度・ペンダント11,000円程度・センサー一式38,000円程度 ・携帯型通報機器15,000円程度 	
申請	窓口	高齢福祉課、各行政センター
	必要書類等	<ul style="list-style-type: none"> ①申請書（P45） ②確約書（民生委員の署名が必要）（P46） ③承諾書（設置住宅の所有者が利用者でない場合）（P47）
	備考	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時に真っ先に駆け付けられる者は1名以上の登録が必要です。 ・一度利用決定を受ければ毎年利用継続します。
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	
実施方法	<p>①申請（確約書に地区の民生委員の署名が必要）</p> <p>②決定通知</p> <p>③サービス実施の指示</p> <p>④訪問日時の連絡</p> <p>⑤機器の設置取扱説明</p> <p>⑥報告書に確認・記名</p> <p>⑦設置等報告、実績報告、サービス料請求</p> <p>⑧サービス料支払（前月分を翌月払）</p> <p>【お伺い電話】 設置後は利用者の見守りのため、毎月1回委託事業者から、近況を伺う電話があります。</p>	

あんしん見守り緊急通報システムサービス

■以下の5点(固定型本体、ペンダント、安否センサー、鍵ホルダー、火災警報器)が基本セットです。

ただし、安否センサー及び火災感知器は設置しないことも可能です。

※固定電話回線がない方でも、利用者本人の携帯電話がある場合には、携帯回線型通報機器及び専用ペンダントを利用できます。

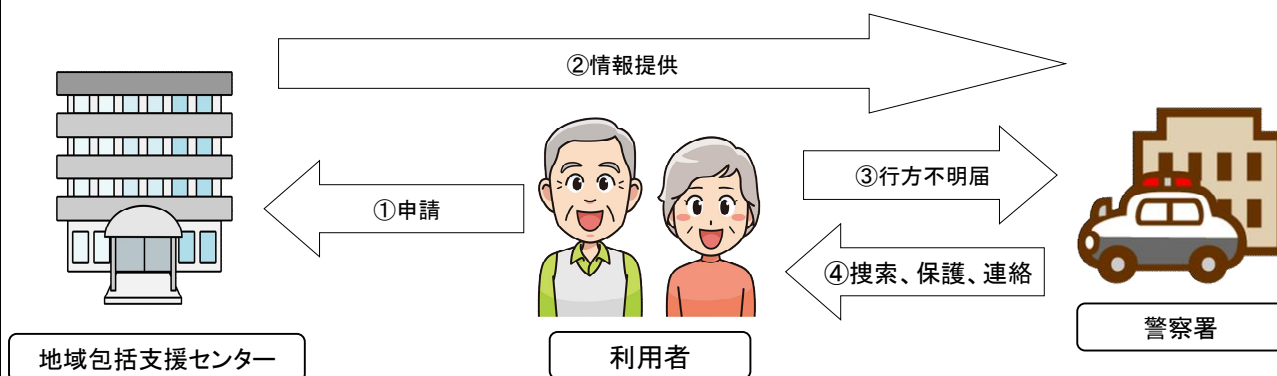
■緊急通報システムの機器はレンタル(最終的に返却要)です。レンタル物件の毀損又は紛失などが生じた場合は、修復に係る費用をご負担頂きます(※天災などのやむを得ない場合は除く)。維持管理は責任を持って行ってください。

用途	機器の写真	設置・使用場所	使用方法等	説明・注意事項
緊急時の固定型通報機器	 <p>本体</p>	電話機本体付近	緊急時等にボタンを押してください。	<ul style="list-style-type: none"> 電話回線と連動させて、ボタンを押すと、受話器を使わずにコールセンターと会話できます。 24時間いつでも対応します。
	 <p>非防水 ペンダント</p>	居宅内全域	緊急時にボタンを押してください。	<ul style="list-style-type: none"> 24時間いつでも対応します。 ペンダントを通じて会話はできません。 会話はできなくとも、押した事実があれば、緊急対応します(コールセンターが、「会話ができない状態である」と判断します)。 <p>※屋外では使用できません。</p>
安否確認の機器	 <p>安否センサー</p>	壁もしくは天井	※自動で作動しています。	<ul style="list-style-type: none"> 自宅で利用者が最も動く箇所に設置し、赤外線センサーが動きを感知します。 1日の動きが、合計で30分未満のときに作動し、自動的に通報されます。 <p>※カメラによる監視ではありません。</p>
	 <p>非防水 鍵ホルダー</p>	外出時	外出時に家の外に持ち出してください。 (家のカギなどにつけると忘れにくいです。)	<ul style="list-style-type: none"> 安否センサーと連動していて、これを持って外出すると、センサーが休止扱いになります。 <p>※家に忘れて外出すると、センサーが「動きがない」と誤作動し、自動通報されます。</p>
火災感知の機器	 <p>火災警報器</p>	寝室	※自動で作動しています。	<ul style="list-style-type: none"> 本体と連動し、火災時にはコールセンターが緊急対応します。 <p>※煙が充滿する殺虫剤を使用すると、警報器が感知してしまいます。必ず、事前にコールセンターに連絡してください。</p>
音声SIM内蔵型	 <p>本体</p>	コンセント付近(任意の場所)	緊急時等にボタンを押してください。	<ul style="list-style-type: none"> ボタンを押すと、電話等を使わずにコールセンターと会話できます。 24時間いつでも対応します。
	 <p>ペンダント</p>	居宅内全域	緊急時等にボタンを押してください。	<ul style="list-style-type: none"> 24時間いつでも対応します。 ペンダントを通じて会話はできません。 会話はできなくとも、押した事実があれば、緊急対応します(コールセンターが、「会話ができない状態である」と判断します)。 <p>※屋外では使用できません。</p>

認知症高齢者等搜索支援登録事業

実施内容	<p>認知症等により行方不明になるおそれのある高齢者等の身体的特徴や緊急連絡先、顔写真などを事前に登録し、家族等の同意のもと、警察署に情報提供します。 登録しておくことで、すみやかに搜索が開始され、早期発見につながり、保護されたときの身元の確認が迅速にできます。</p> <p>※認知症高齢者等GPS端末貸出事業を利用する場合は、当搜索支援登録が必須となります。</p>	
対象者	<p>市内において在宅等で生活している者のうち、次に掲げる要件のいずれかに該当する者。 ①65歳以上の認知症等により行方不明になるおそれのある者 ②40歳以上65歳未満の初老期における認知症等により、行方不明になるおそれのある者</p>	
利用者負担	無料	
申請	窓口	各地域包括支援センター
	必要書類等	①登録情報個人票(P48・49) ②顔写真(L版)2枚
問合せ先	各地域包括支援センター(下表をご参照ください)	

実施方法



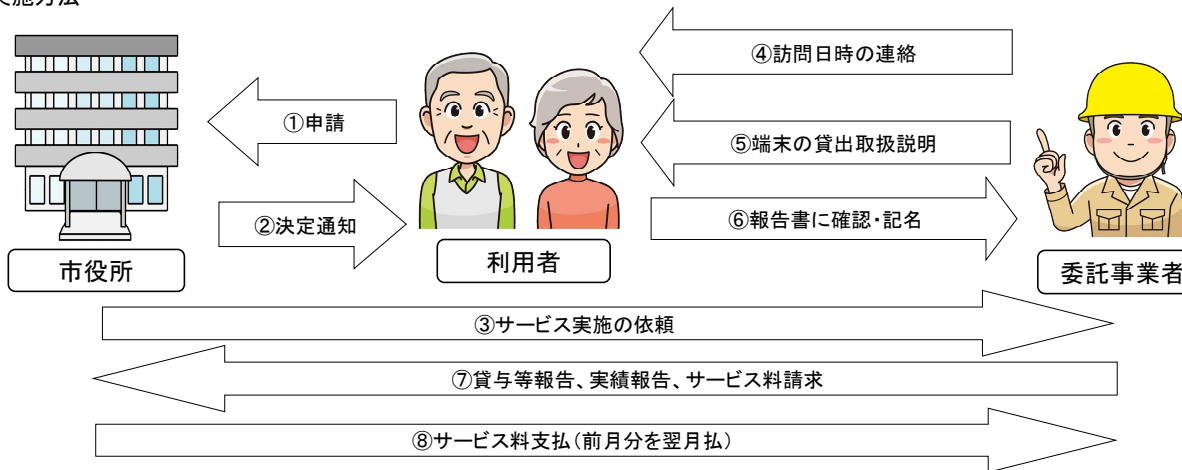
地域包括支援センター名	お住まいの地域	連絡先
中央地域包括支援センター	渋川(大崎、下郷、東町、新町、下ノ町、南町、長塚町、寄居町、坂下町、辰巳町)、石原(熊野町)	0279-22-2179
西部地域包括支援センター	渋川(並木町、中ノ町、上ノ町、川原町、裏宿、元町、御蔭、入沢、上郷、藤ノ木、明保野)、金島(金井軽浜)	0279-26-7567
金島・伊香保地域包括支援センター	金島(金井軽浜を除く)、伊香保	0279-24-8366
古巻地域包括支援センター	古巻	0279-24-1300
豊秋地域包括支援センター	豊秋(熊野町を除く)	0279-22-2231
小野上・子持地域包括支援センター	小野上、子持	0279-25-8025
赤城地域包括支援センター	赤城	0279-26-2218
北橋地域包括支援センター	北橋	0279-25-7720

認知症高齢者等GPS端末貸出

実施内容	<p>認知症等により行方不明になるおそれのある高齢者等を在宅で介護している家族等に対し、GPS端末を貸与し、当該高齢者等が所在不明となった場合にその位置情報を提供します。 ※GPS端末は、レンタル(最終的に返却要)です。</p> <p>■位置情報を24時間365日体制で検索できる。 ■必要に応じて警察署等に情報提供を行い、捜索・保護に協力する。</p>
申請者	<p>市内において在宅で生活している者のうち次に掲げる要件のいずれかを満たす者を介護する主たる介護者</p> <p>①65歳以上の認知症等により行方不明になるおそれのある者 ②40歳以上65歳未満の初老期における認知症等で行方不明になるおそれのある者</p> <p>※位置情報が確認できた際、対象者を迎えに行くことができる介護者がいる者に限ります。 ※申請の際には、地域包括支援センターで認知症高齢者等捜索支援登録事業に登録をする必要があります。</p>
利用者負担	<p>GPS端末の設置費用及び利用料は無料です。 ただし、下記の費用については利用者自己負担となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・GPS端末の充電に必要な電気料 ・利用者の責めに帰すべき事由によるGPS端末の修理代、弁償代、その他費用 ・GPS端末の装着品(靴など)を希望される場合の費用 <p>[弁償代目安] ・本体:11,000円程度 ・充電器:1,100円程度</p>
申請	<p>窓口 高齢福祉課、各行政センター</p> <p>認知症高齢者等捜索支援登録事業については、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターにお問い合わせください。</p>
	<p>必要書類等 申請書(P50)</p>
	<p>備考 一度利用決定を受ければ、毎年利用継続します。</p>
問合せ先	<p>高齢福祉課 0279-22-2257</p>

端末(実物大)	サイズ等	説明
<p style="text-align: center;"><前面></p>  <p>GPSボタン</p> <p>電池ランプ</p> <p>GPSランプ</p>	<p>【サイズ】 縦:47.5mm 横:38.5mm 厚さ:11.9mm</p> <p>【重さ】 約30g</p>	<p>【位置探索機能】 ・介護者や家族がコールセンターに問い合わせ又は専用サイトで、現在の位置情報を確認することができます。</p>

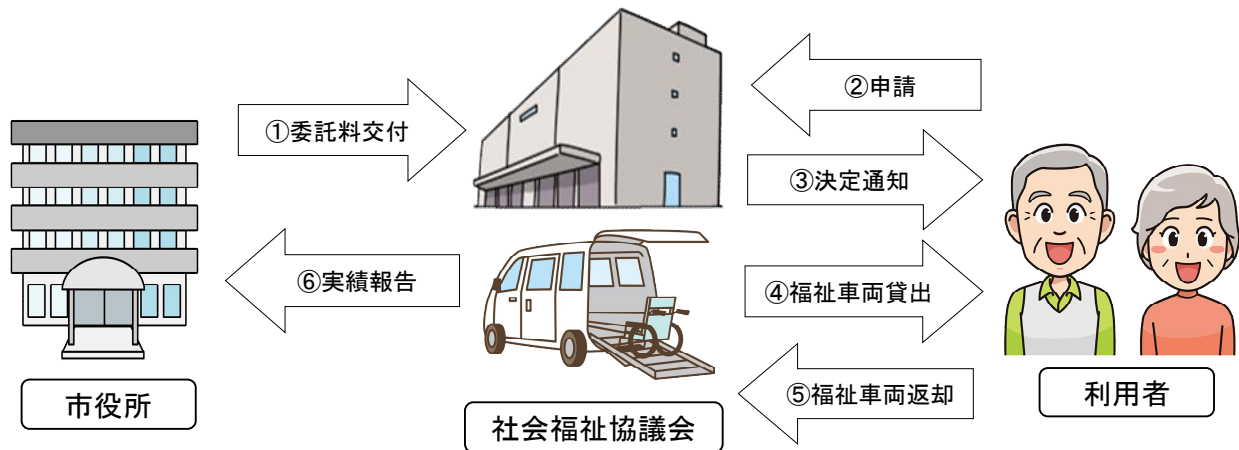
実施方法



福祉車両貸出

実施内容	在宅で介護を必要とする者や車いすを必要とする者に、福祉車両を貸し出します。貸出の運営は、市社会福祉協議会が行います。	
対象者 右の要件を 全て満たす者	①市内に居住し住所を有すること ②高齢又は障害のため歩行が困難な者	
実施回数	利用者一人につき同月内2回まで(1回の利用につき3日以内)	
利用者負担	燃料費、有料道路代、利用者の過失による修理代	
申請	窓口	社会福祉協議会 子持支所
	必要書類等	申請書(P51)
問合せ先	【当事業について】 高齢福祉課 0279-22-2257	
	【申請・貸出について】 社会福祉協議会 子持支所 0279-24-6611	

実施方法



介護用車両購入費支給

実施内容	在宅の要介護者を介護する家族が要介護者を同乗させて通院又は通所その他の外出をするために使用する介護用車両の購入に要する費用の一部を支給します。		
対象者	右の要件を全て満たす高齢者を介護する者	①市内に居住し住所を有すること ②65歳以上の者 ③日常的に車いすを使用していること又は使用が見込まれること ④施設等に入所・入居していないこと又は病院等に入院していないこと ⑤市税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納がないこと	
	高齢者本人	上記①から⑤を満たす者	
	右の要件を全て満たす身体障害者を介護する者	①市内に居住し住所を有すること ②下肢若しくは体幹の障害又は下肢及び体幹の重複障害で、1級又は2級の者 ③施設等に入所・入居していないこと又は病院等に入院していないこと ④市税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納がないこと	
支給額	福祉車両	新車購入	定額5万円
		中古車購入	定額3万円
支給回数	原則1世帯につき1台限り		
申請	方法	車両を契約(購入)する前に窓口で申請をしてください。	
	窓口	高齢福祉課	
	購入前 交付申請	①交付申請書(P52) ②介護用車両の見積書の写し ③該当する介護用車両のカタログ又は価格表(中古車の場合は取得可能な場合のみ必要) ④申請者の住所、氏名及び生年月日が確認できる身分証明書の写し ⑤誓約書兼同意書(P53)※世帯が2人以上で構成されている場合のみ	
	購入後 実績報告	①実績報告書 ②介護用車両購入に係る契約書(注文書)の写し ③介護用車両購入に係る領収証の写し(領収証の宛名が申請者名のもの) ④介護用車両の自動車検査証の写し ※割賦契約で支払が完了していない場合、支払に係る契約書及び初回支払分の領収証の写し ④洪江市所定の請求書	
	備考	3月末日までに納車が完了する車両が対象となります。	
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257		
実施方法	<p>①相談</p> <p>②カタログ又は価格表 見積書入手</p> <p>③事前申請</p> <p>④確認通知</p> <p>⑤車両購入</p> <p>⑥車両納車</p> <p>⑦費用支払</p> <p>⑧契約書(注文書) と領収証入手</p> <p>⑨支給申請</p> <p>⑩支給決定通知</p> <p>⑪支給額交付</p> <p>市役所</p> <p>利用者</p> <p>車販売業者</p> <p>【注意】 事前申請を経ないで、介護者用車両を購入した場合は、支給対象外となります。</p>		

高齢者タクシー利用券交付

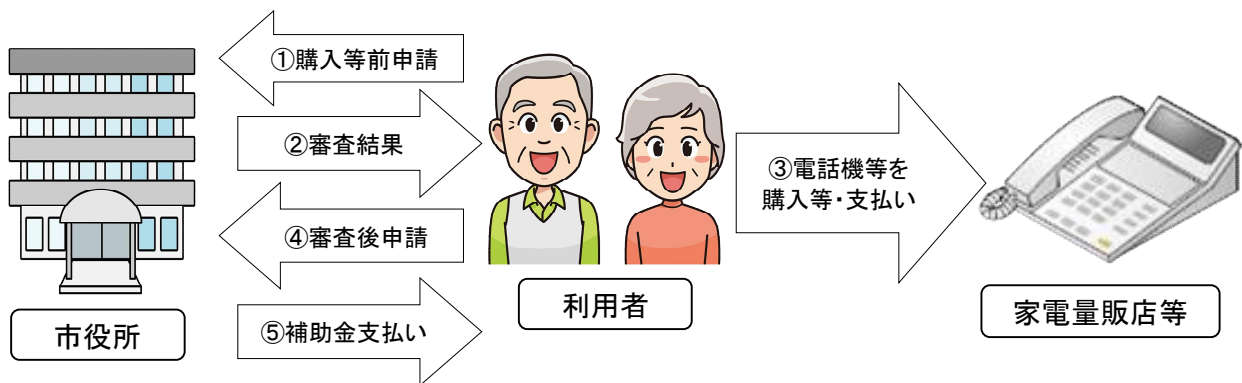
実施内容	自動車の運転免許を持たない人の買い物や通院などの移動を支援するため、タクシー乗車料金の一部助成を行います。		
対象者 右の要件を 全て満たす者	①本市に住所を有し居住している者 ②令和8年度内において75歳以上の者 (昭和27年4月1日以前生まれの者) ③運転免許証を有しない者		
助成内容	高齢者タクシー利用券(1枚500円分)を24枚		
使用方法	【高齢者タクシー利用券】 タクシー料金を超えない範囲内で使用できます。 ※タクシー利用券は、渋川市社会福祉協議会が実施している「ささえあい買い物事業あいのり」でも使用できます。		
タクシー利用券 を使用できる タクシー事業者	事業者名	電話番号	住所
	日本中央交通(株)	0279-23-1828	渋川市有馬1614番地7
	群北第一交通(株)	0279-22-2245	渋川市渋川1826番地29
	【介護タクシー】 はっぴーすまいる渋川	0279-26-2940	渋川市有馬149番地10 ファミリー101
	【介護タクシー】 おがた社会福祉事務所	080-2308-1599	渋川市石原2404番地37
【介護タクシー】 介護福祉タクシーメビウス	0279-22-2796	渋川市渋川581番地1	
申請	窓口	交通政策課(第二庁舎)、各行政センター	
	申請期間	令和8年4月1日(水)から12月28日(月)まで	
	必要書類等	■対象者本人による申請 ①申請書(P53) ②本人確認書類(原本) ■代理人による申請 ①申請書(P53) ②対象者本人の本人確認書類(原本) ③代理人の本人確認書類(原本)	
問合せ先	交通政策課 0279-22-2264		
実施方法 			

バス・タクシーの高齢者割引			
実施内容	市内に在住する65歳以上の方は、事前に登録した交通系ICカードで運賃を支払うことで、バス・タクシー料金の割引を受けることができます。		
対象者 右の要件を全て満たす者	①本市に住所を有し居住している者 ②令和8年度内において65歳以上の者(昭和37年4月1日以前生まれの者)		
助成内容	バス高齢者割引	65歳以上:50%割引 ※関越交通(株)が運行する路線バスにおいては、割引後の運賃に10円未満の端数が生じた場合、10円単位の切上げを行うため、割引率が50%にならないことがあります。	
	タクシー高齢者割引	65～74歳:30% 年度内上限5,000円まで	
		75歳以上:50% 年度内上限12,000円まで	
使用方法	①交通系ICカードを交通政策課または各行政センターで登録する ②バス運賃またはタクシー料金を登録した交通系ICカードで支払う		
割引対象タクシー	事業者名	電話番号	住所
	日本中央交通(株)渋川営業所	0279-23-1828	渋川市有馬1614番地7
	群北第一交通(株)	0279-22-2245	渋川市渋川1826番地29
	【介護タクシー】 介護福祉タクシーメビウス	0279-22-2796	渋川市渋川581番地1
割引対象バス	関越交通(株)、(株)群馬バス、日本中央交通(株)が運行する市内を発着する路線バス(デマンドバス「しぶのり」含む。また、市外での乗降も割引対象) (注1)高崎駅～原美術館ARC線、高崎駅～伊香保温泉直通バスは除きます。		
登録	窓口	交通政策課(第二庁舎)、各行政センター	
	必要なもの	①マイナンバーカードをお持ちの場合 交通系ICカード(Suica、PASMO、nolbeなど)、マイナンバーカード、マイナンバーカードの暗証番号 ※ご自宅でスマートフォンから登録もできます。 ②マイナンバーカードをお持ちでない場合 交通系ICカード(Suica、PASMO、nolbeなど)、本人確認書類(運転経歴証明書・介護保険証・後期高齢者医療資格確認書・障害者手帳など)の原本	
その他	バス高齢者割引と障害者割引は併用することが可能です。		
問合せ先	交通政策課 0279-22-2264		
実施方法			

詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金

実施内容	振り込め詐欺等の特殊詐欺や悪質な勧誘電話などを予防、抑止するため、詐欺被害等防止機能がついた電話機等の購入又は設置費用を一部補助します。	
対象者 右の要件を 全て満たす者	①本市に住民登録があること ②65歳以上の方がいる世帯の構成員 ③市税を滞納していないこと ④過去に電話機等購入費補助金の交付を受けていないこと ⑤暴力団員等でないこと	
対象機器	着信時に相手に警告メッセージを発し、通話内容を自動録音する機能がある電話機又は電話機に取り付ける外付け機器	
補助額	購入又は設置金額の2分の1(100円未満の端数は切り捨て) 最大5,000円まで ※付属品の追加購入費用などは対象外です。	
申請	方法	電話機等を購入又は設置する前に窓口で申請をしてください。 (事前申請前に購入又は設置すると対象外です。)
	窓口	危機管理課
	購入等前 申請 必要書類 等	電話機を購入又は設置する前に申請します。 ①事前申込書(P55) ②購入又は設置予定の電話機等のカタログなど(写し可) ③申込者の本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカード等)を持参してください。 ④委任状(第三者が申請する場合)(P56) ⑤委任された人の本人確認書類の写し
	審査後 申請 必要書類 等	審査後に補助対象となれば申請します。 ①補助金交付申請書(P57) ②購入又は設置した電話機等の領収書の写し
問合せ先	危機管理課 0279-22-2130	

実施方法

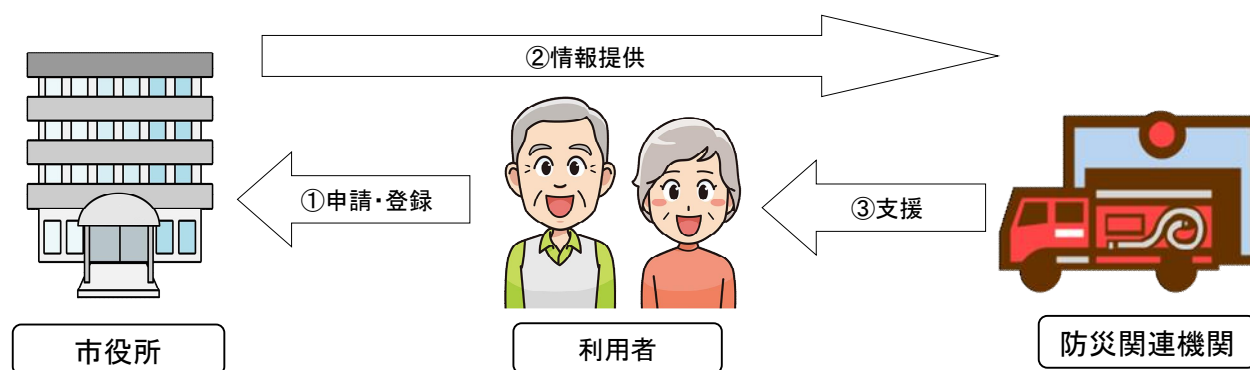


住まいの防犯対策支援補助金		
実施内容	高齢者を狙った訪問詐欺や重要犯罪が増加していることから、安全安心なまちづくりを推進するため、防犯対策機器の購入・設置費用の一部を補助します。	
対象者 右の要件を 全て満たす者	①本市に住民登録があること ②65歳以上の方がいる世帯の構成員 ③暴力団員等でないこと ④市税を滞納していないこと ⑤過去6年間に洪川市住まいの防犯対策支援補助金の交付を受けていないこと	
対象機器	①防犯カメラ(PC・ダミーカメラ等を除く) ②人感センサーライト ③カメラ付きインターホン ①～③を複数購入する場合は、合計費用を補助の対象とします。	
補助額	購入・設置費用の2分の1(1,000円未満の端数は切り捨て) 最大20,000円まで	
申請	方法	防犯カメラ等を購入する前に窓口で事前申込をしてください。 (事前申込前に購入すると対象外です。)
	窓口	危機管理課
	購入前 事前 申込	防犯対策機器を購入する前に事前申込します。 ①事前申込書(P58・59) ②申込者の本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカード等)を持参してください。 ③委任状(第三者が申請する場合)(P60) ④委任された人の本人確認書類の写し
	設置後 交付申 請兼実 績報告	防犯カメラ等を設置した後、交付申請兼実績報告します。 ①交付申請書兼実績報告書(P61) ②誓約書兼同意書(P62) ③設置した機器の領収書等の写し(機器の購入日、品名、品番等が明記されていること) ④設置した機器の品名、品番、機能等がわかるカタログ、取扱説明書等の写し ⑤設置したことがわかる写真 ⑥補助金交付請求書(P63) ※振込先口座及び口座名義が確認できる書類(通帳等)を持参してください。
問合せ先	危機管理課 0279-22-2130	
実施方法		

要支援者登録と個別支援プランの受付

実施内容	災害などの発生時に自力で避難することが困難な人を支援する避難支援制度があります。災害時避難行動要支援者名簿への登録や個別支援プランの作成を行い、防災関連機関などに情報提供を行うことで、災害時の避難支援や安否確認、日頃の支援活動などに活用します。	
対象者 右のいずれかの要件を満たす者	次のいずれかに該当し、居宅で生活している者 ①65歳以上だけの世帯の者 ②要介護状態区分が3以上の者 ③身体障害者手帳の1級または2級の者 ④療育手帳のA判定の者 ⑤精神障害者保健福祉手帳の1級の者 ⑥支援が必要な理由があり、登録を希望する者	
利用者負担	無料	
申請	窓口	社会福祉課、高齢福祉課
	必要書類等	申請書(P64・65)
問合せ先	【当事業について】 危機管理課 0279-22-2130	
	【申請・登録について】 社会福祉課 0279-22-2250	

実施方法



定期予防接種

実施内容	予防接種法に基づく定期接種について、下記のとおり実施します。
------	--------------------------------

① 肺炎球菌予防接種

対象者	市内在住で、接種日の満年齢が65歳の方
費用	自己負担額3,000円
接種回数	1人1回

② インフルエンザ予防接種

対象者	市内在住で、接種日の満年齢が65歳以上の方
費用	自己負担額1,500円
接種回数	毎年1人1回
接種期間	10月1日から翌年1月31日まで(予定)

③ 新型コロナワクチン予防接種

対象者	市内在住で、接種日の満年齢が65歳以上の方
費用	自己負担額1,500円
接種回数	毎年1人1回
接種期間	10月1日から翌年3月31日まで(予定)

④ 帯状疱疹予防接種

対象者	市内在住で、下記に該当する方 ・年度内に65歳になる方 ・年度内に70・75・80・85・90・95・100歳になる方(令和7年度から令和11年度までの経過措置のため令和12年度以降は対象になりません)
ワクチンの種類・費用(いずれかを選択)	・生ワクチン(1回接種) 自己負担額2,000円 ・組換えワクチン(2回接種) 自己負担額1回あたり6,000円
接種回数	1人1度

※接種当日60歳～64歳で、下記に該当する方は定期接種の対象となります。

- ・肺炎球菌
 - ・インフルエンザ
 - ・新型コロナ
 - ・帯状疱疹
- 心臓、腎臓もしくは呼吸器等の機能に極度の障害(身体障害者手帳1級相当)を有する方、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方

※生活保護世帯の方は自己負担額が免除されます。

※接種期間や自己負担金については、国の動向等を受けて変更する場合があります。

実施場所 (指定医療機関)	協力医療機関(渋川地区医師会及び群馬県内相互乗り入れ協力医療機関) ※詳細は渋川市保健センターに確認	
利用	方法	65歳以上の対象者の方には案内通知等を送付します。接種を希望する方は、医療機関に予約をしてから接種を受けてください。
	必要書類等	①住所・氏名・年齢が確認できるもの(マイナンバーカード等) ②予診票、接種済証
問合せ先	渋川市保健センター 0279-25-1321	

任意予防接種

実施内容	定期接種以外の予防接種について、下記のとおり接種費用の一部を助成します。 ※定期接種の対象となる方は、定期接種で接種してください。 ※助成内容については、国の動向等を受けて変更する場合があります。
------	--

① 肺炎球菌予防接種

対象者	市内在住で、過去に市の助成を受けて肺炎球菌予防接種を受けていない、接種日の満年齢が66歳以上の方 ※定期接種の対象となる方は、定期接種で接種してください。	
助成費用	2,000円 ※接種費用から助成費用を差し引いた額が自己負担額となります。	
接種回数	1人1回	
申請	方法	接種を希望される方は、事前に申請をしてください。
	窓口	渋川市保健センター
受診	申請時にお渡しする書類に必要事項を記入し、市内の協力医療機関に予約をしてから接種を受けてください。 医療機関窓口にて各医療機関の接種費用から助成費用を差し引いた金額をお支払いください。	

② 带状疱疹予防接種

対象者	市内在住で、過去に市の助成を受けて带状疱疹予防接種を受けていない、接種日の満年齢が50歳以上の方 ※定期接種の対象となる方は、定期接種で接種してください。	
ワクチンの種類・助成費用(いずれかを選択)	・生ワクチン(1回接種) 助成額6,000円 ・組換えワクチン(2回接種) 助成額1回あたり15,000円 ※接種費用から助成費用を差し引いた額が自己負担額となります。	
接種回数	1人1度	
申請	方法	接種を希望される方は、事前に申請をしてください。
	窓口	渋川市保健センター
受診	申請時にお渡しする書類に必要事項を記入し、医療機関に予約をしてから接種を受けてください。 医療機関窓口にて各医療機関の接種費用から助成額を差し引いた金額をお支払いください。 ※契約外の医療機関で接種する場合は、償還払いになります。	

③ 麻しん風しん予防接種

対象者	麻しんまたは風しんの抗体検査の結果、抗体価が低く、接種が必要と認められ、以下のいずれかに該当する方 ・妊娠を希望している女性及び同居者 ・妊婦の同居者 ・0歳児の同居者 次のいずれかに該当する方は、助成の対象外となります。 ・過去に麻しん風しん予防接種を2回接種した者 ・妊娠中又は妊娠している可能性のある者 ・未就学児	
ワクチンの種類・助成費用(いずれかを選択)	・麻しん風しん混合(MR):5,000円 ・麻しん/風しん単独:3,000円	
接種回数	使用するワクチンにより異なります。詳細はお問い合わせください。	
申請	方法	接種を希望される方は、事前に申請をしてください。
	窓口	渋川市保健センター
受診	申請時にお渡しする書類に必要事項を記入し、医療機関に予約をしてから接種を受けてください。 医療機関窓口にて各医療機関の接種費用から助成額を差し引いた金額をお支払いください。 ※契約外の医療機関で接種する場合は、償還払いになります。	

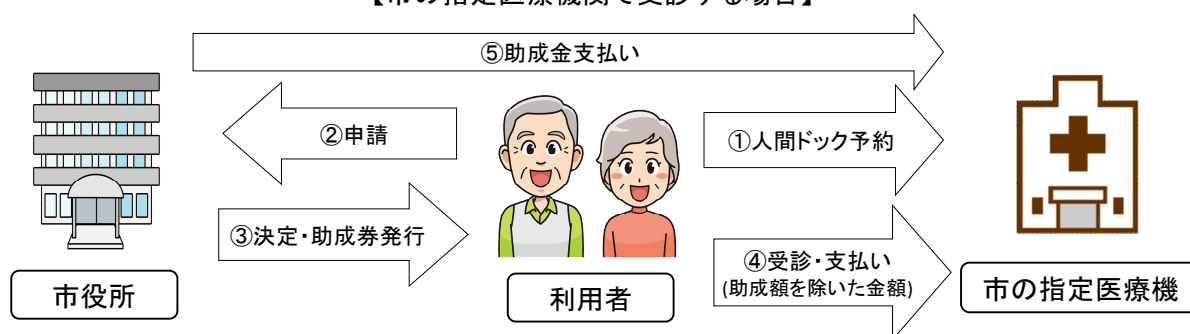
問合せ先	渋川市保健センター 0279-25-1321
------	------------------------

後期高齢者人間ドック検診費の助成

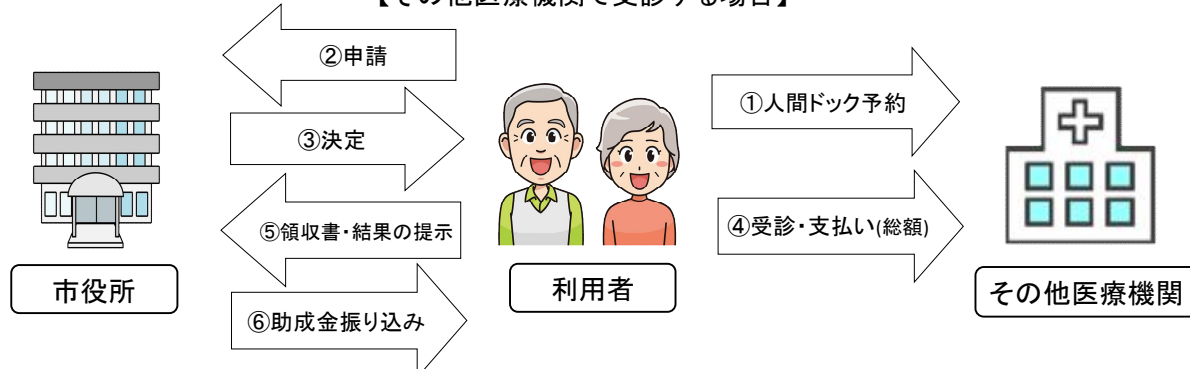
実施内容	後期高齢者医療制度の加入者を対象に、人間ドック検診費の一部を助成します。	
対象者 右の要件を 全て満たす者	①後期高齢者医療制度の被保険者で洪川市に住所があること ②後期高齢者医療保険料を完納していること ③人間ドックの結果を後期高齢者健康診査において活用することに同意すること ④助成を受ける年度に後期高齢者健康診査を受診しないこと	
対象検診	・日帰り人間ドック ・二日ドック(宿泊を伴うものを含む) ※助成対象期間:4月1日～1月31日まで ・脳ドック(日帰り人間ドックと併診)	
助成額	検診費の3分の2(100円未満切り捨て)以内 ただし、20,000円を限度とする。	
対象 医療機関	【洪川市指定医療機関】 洪川市後期高齢者人間ドック指定医療機関に掲載の医療機関 【その他の医療機関】 指定医療機関以外の医療機関で、日本人間ドック学会の定めた検査項目を実施する医療機関	
申請	方法	①医療機関に人間ドックの予約をしてください。(市の指定医療機関で受診する場合は、洪川市の人間ドック助成制度を利用する予定であることを伝えてください) ②予約完了後、人間ドック受診前に窓口で助成の申請をしてください。
	窓口	保険年金課、各行政センター
	必要書類等	①申請書(P67) ②保険資格のわかるもの ③後期高齢者健康診査受診シール ④質問票 ⑤振込先口座情報のわかるもの(指定医療機関以外で受診する場合) ※受診シールと質問票は、5月中旬頃に送付します(届いていない人は不要です)
問合せ先	保険年金課 0279-22-2429	

実施方法

【市の指定医療機関で受診する場合】



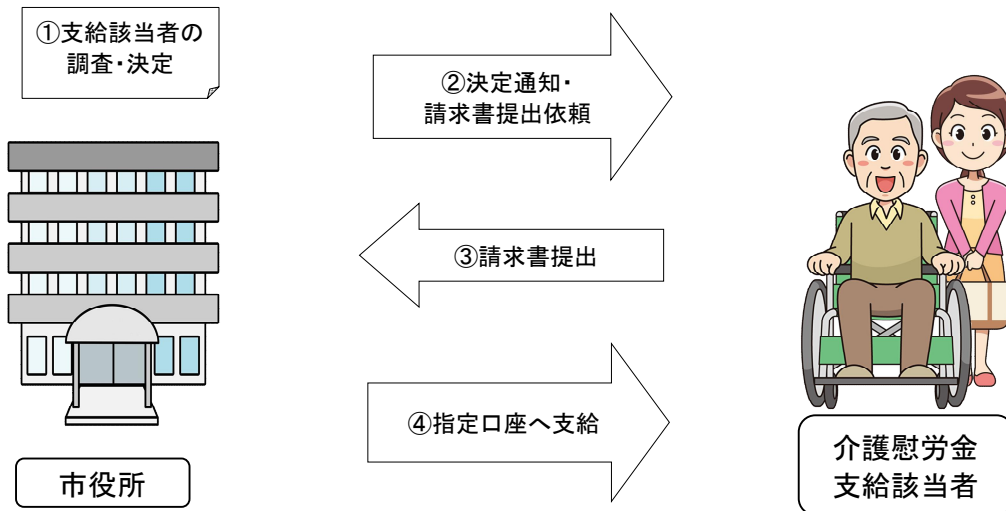
【その他医療機関で受診する場合】



在宅介護慰労金支給

実施内容	日常生活に著しい支障のある高齢者を介護する主たる介護者に対し、在宅介護慰労金を支給します。	
被介護者 右の要件を 満たす者	1	①要介護3以上に該当する状態が1年(前年8月1日から当年7月31日)以上継続していること ②介護サービスを利用していないこと
	2	①要介護4以上に該当する状態が1年(前年8月1日から当年7月31日)以上継続していること
支給額	1	被介護者一人につき年額10万円
	2	被介護者一人につき年額5万円
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257	

実施方法



敬老会実施

実施内容	永年にわたる地域への貢献者に対し敬意を表すため、敬老会を実施します。敬老会の運営は、市社会福祉協議会が行います。
実施回数	地区や地域ごとに年1回
利用者負担	無料
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257 社会福祉協議会 0279-25-0500

実施方法



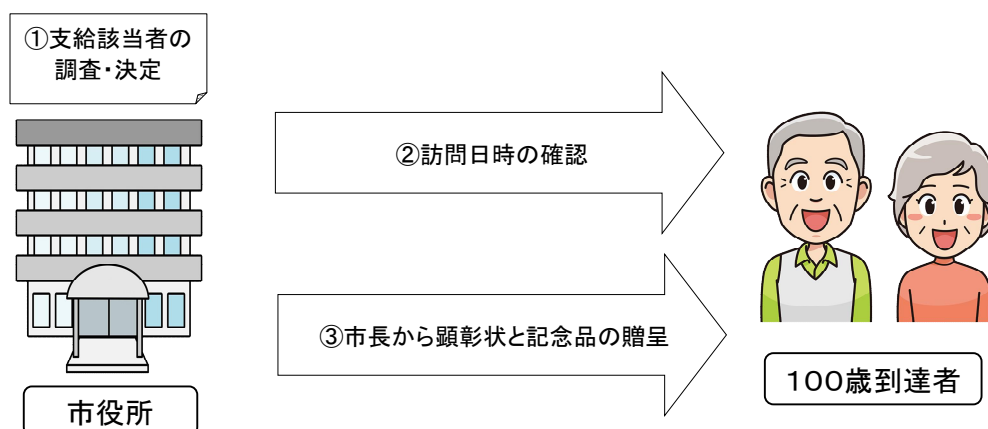
敬老祝金支給

実施内容	長寿を祝い、敬意を表するため、祝金を支給します。		
対象者 右の要件を 全て満たす者	①9月1日現在、市内に居住している者 ②4月1日から翌年の3月31日までに88歳、99歳、101歳以上に到達する者		
支給額	88歳	99歳	101歳以上
	10,000円	20,000円	20,000円
支給月	9月から10月		
申請	市で支給該当者を調査・決定し、申請書を送付しますので、返送してください。		
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257		
実施方法	<p>①支給該当者の調査・決定</p> <p>②決定通知・申請書提出依頼</p> <p>③申請書提出</p> <p>④指定口座へ支給</p> <p>市役所</p> <p>敬老祝金 支給該当者</p>		

長寿者顕彰

実施内容	顕彰状及び記念品を贈り、長寿を祝福します。
対象者 右の要件を 全て満たす者	①市内に居住し住所を有すること。 ②100歳に到達する者
記念品	祝金3万円及び額縁
贈呈日	100歳の誕生日前後14日以内の日
申請	市で支給該当者を調査・決定しますので、申請は不要です。
問合せ先	高齢福祉課 0279-22-2257

実施方法




シニア筋力ぐんぐん教室(高齢者筋力向上教室)

目的	椅子を使った筋力トレーニングを行い、日常生活動作に必要な筋力の維持・向上を目指します。
実施内容	高齢者の暮らしを拓げる10の筋力トレーニング「鬼石モデル」(通称:ぐんぐん体操)は毎回行い、このほかに、介護予防サポーターによるレクリエーションや、専門職(保健師・理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士)による介護予防に関するミニ講話などを実施します。
対象者	おおむね65歳以上の高齢者(市内全地区対象としています。)
実施会場	市内公民館・社会体育施設など13会場(詳細は次項の日程表をご覧ください。)
実施回数	76回(市内13会場で各6回ずつ実施します。)
実施時間	午前9時30分から11時(伊香保世代間交流館と小野上公民館は、午前10時から11時30分) ※受付開始は15分前から行います。
参加料	無料
参加方法	事前申込みは必要ありません。実施日に会場までお越しください。
持ち物	水分補給のための飲み物、動きやすい服装、室内用運動靴(会場により不要です。)
問合せ先	介護保険課 0279-22-2116

【高齢者の暮らしを拓げる10の筋力トレーニング「鬼石モデル」(通称:ぐんぐん体操)】
 このトレーニングは、地域の仲間と一緒に楽しくできる簡単な体操です。初級から上級まで10種類あり、各8回を1単位として、2~3単位行います。詳しくは介護保険課へお問い合わせください。


初級1

4秒かけてゆっくり膝を伸ばして3秒かけてつま先を体の方に起こし、3秒かけてつま先を戻し、4秒かけて足を下ろします。左右交互に行います。膝を伸ばしすぎたり、伸ばした足は持ち上げないようにします。




初級2

背もたれから背中を離し、胸を張り、良い姿勢になります。耳の横で軽く握った手を4秒かけて真上にむかってまっすぐ伸ばし、4秒かけて元の位置に戻します。



初級3

椅子の背もたれに手を添えて胸を張り、背筋を伸ばします。良い姿勢を保ったまま、4秒かけてかかとを上げ、4秒かけて元に戻ります。



初級4

椅子の背もたれに手を添えて立ち、片足を4秒かけて真横にゆっくりと上げ、4秒かけて元に戻ります。左右交互に行います。つま先は正面に向け、体をまっすぐに保ちながら行います。



【令和8年度シニア筋力ぐんぐん教室日程表及び会場一覧】

下記の日程及び会場で実施しています。天候や会場の都合等により、教室が急きょ中止になる場合があります。詳細はお問い合わせください。

【偶数月】

会場	4月	6月	8月	10月	12月	令和9年 2月
豊秋公民館 *上履き必要*	9 (木)	4 (木)	6 (木)	1 (木)	3 (木)	4 (木)
中央公民館	6 (月)	1 (月)	3 (月)	5 (月)	7 (月)	1 (月)
子持公民館	14 (火)	2 (火)	17 (月)	13 (火)	8 (火)	9 (火)
伊香保 世代間交流館 *上履き必要*	13 (月)	8 (月)	10 (月)	19 (月)	14 (月)	8 (月)
古巻公民館 *上履き必要*	21 (火)	16 (火)	18 (火)	20 (火)	15 (火)	16 (火)
北橋公民館	28 (火)	23 (火)	25 (火)	27 (火)	22 (火)	24 (水)
西部公民館 *上履き必要*	27 (月)	22 (月)	24 (月)	26 (月)	28 (月)	22 (月)

【奇数月】

会場	5月	7月	9月	11月	令和9年 1月	令和9年 3月
渋川ほっとプラザ	13 (水)	会場の都合により中止		4 (水)	6 (水)	3 (水)
金島ふれあい センター	8 (金)	10 (金)	11 (金)	13 (金)	8 (金)	12 (金)
有馬会館 *上履き必要*	19 (火)	21 (火)	15 (火)	17 (火)	19 (火)	16 (火)
赤城公民館	28 (木)	23 (木)	24 (木)	26 (木)	28 (木)	25 (木)
小野上公民館	25 (月)	27 (月)	28 (月)	30 (月)	25 (月)	15 (月)
JESCOアリーナ渋川 (子持社会体育館)	27 (水)	22 (水)	16 (水)	25 (水)	27 (水)	24 (水)

カラダまるごと健活クラブ(旧:元氣復活お達人教室)

目的	週2回、約3か月間、筋力トレーニングを中心に、脳活性化プログラム、お口の体操や食事に関する学習などを組み合わせて行い、短期集中的に体まるごと元気にします。			
実施内容	①高齢者の暮らしを拓げる10の筋力トレーニング(通称:ぐんぐん体操) ②認知機能を向上するための二重課題や、手指腕の体操、レクリエーションなど ③栄養の改善をテーマにした講話 ④口腔機能を向上するための体操やお口のケアに関する講話			
対象者	①65歳以上で、もの忘れや足腰の衰えが心配な人 ②介護や見守りが必要なく、自立して教室に参加できる人 ③介護保険等の通所型サービスを利用していない人 ④要介護認定されていない人 ※実施地区ごとに募集します。身体状況によっては、お断りさせていただく場合があります。			
実施回数	各会場22回実施します。			
実施会場等	送迎対象地区	実施会場	実施期間	実施時間 ※1
	①子持	JESCOアリーナ渋川 (子持社会体育館)	6月から8月	月・木曜日
	②古巻	渋川すこやかプラザ	6月から8月	火・金曜日
	③赤城	赤城公民館	9月から11月	月・木曜日
	④伊香保・金島・小野上	金島公民館	9月から11月	火・金曜日
	⑤豊秋・旧渋川	ほっとプラザ	12月から令和9年2月	月・木曜日
	⑥北橋	北橋公民館	12月から令和9年2月	火・金曜日
※1 実施時間 全て 午後1時30分～3時				
定員	各会場ごとにそれぞれ20名程度			
送迎	自宅と会場間の送迎サービスがあります。 送迎可能な人数には限りがあるため、希望者多数の場合は、ご希望に添えない場合があります。			
参加料	無料			
参加方法	事前申込み制です。申し込み時期に合わせて、広報で募集します。 定員を超えた場合は、初回又は送迎対象地区の人を優先とし、抽選となりますのであらかじめご了承ください。			
持ち物	水分補給のための飲み物、動きやすい服装、室内用運動靴(会場により不要です)			
問合せ先	介護保険課 0279-22-2116			

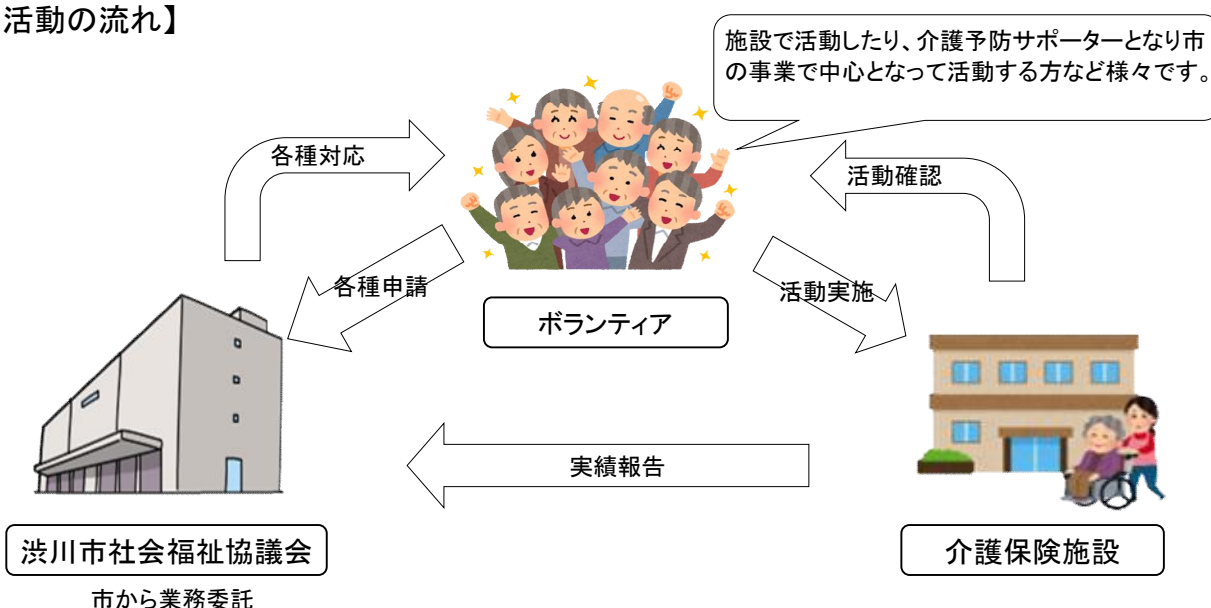
【教室の様子】



介護予防おうえんポイント制度

実施内容	指定の介護保険施設や市主催・共催の介護予防事業で補助活動(ボランティア活動)を行う方に換金可能なポイントを付与する有償ボランティア制度です。市が渋川市社会福祉協議会に業務委託して実施します。
対象者	40歳以上で市内在住の人(下記に該当する人は除きます。) ①介護保険料及び市税を滞納している人 ②要介護認定又は要支援認定を受けた人 ③介護予防・生活支援サービス事業対象者の人で介護サービスを利用している人
ポイント付与基準	①介護保険施設 1時間あたり1ポイント ②市主催・共催の介護予防事業 1活動あたり2ポイント ※1日の上限は4ポイント、年間の上限は60ポイントです。
換金基準	1ポイントあたり100円(相当ポイント)とし、6,000円(相当ポイント)を限度に換金します。換金方法を「口座振替」と「渋Pay(デジタル通貨)」から選んでいただきます。  渋Payについて
受入機関(活動施設)	①市が指定する介護保険施設等 47施設(令和6年10月時点) ②市主催・共催の介護予防事業 ※②での活動を希望される場合は、介護予防サポーターの養成研修の受講が必要です。
活動内容	レクリエーション等の指導及び参加支援、お茶出し・食堂内の配膳・下膳の補助、喫茶等の運営補助、散歩及び館内移動の補助、行事の手伝い、趣味活動の指導運営補助など
登録方法	登録手続は渋川市社会福祉協議会で随時承っています。登録時にボランティア保険の加入が必要です。
問合せ先	【申請・活動に関すること】渋川市社会福祉協議会ボランティアセンター 0279-25-0500 【その他に関すること】介護保険課 0279-22-2116

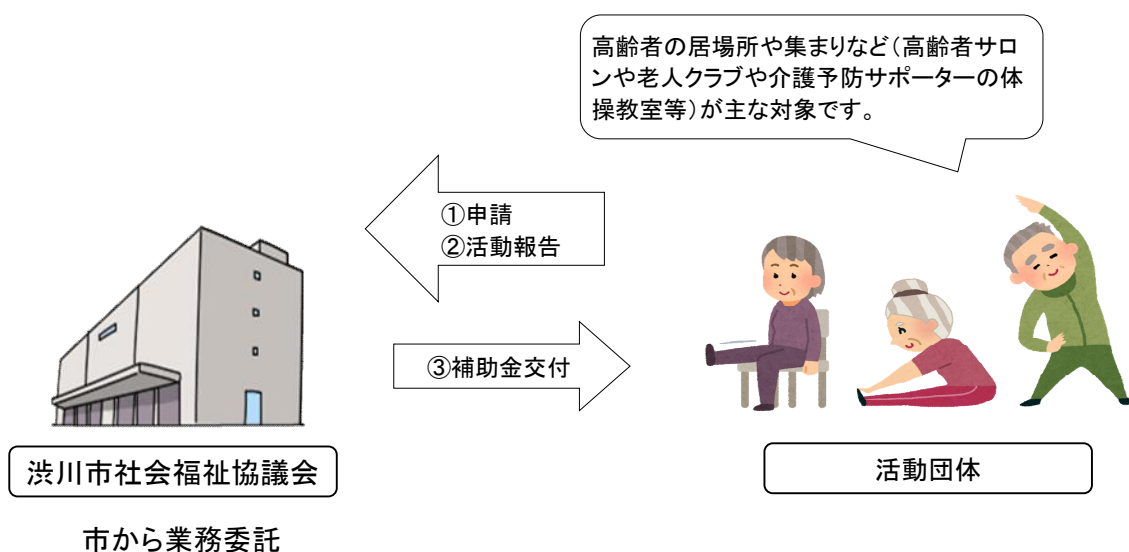
【活動の流れ】



介護予防活動促進事業

実施内容	市が指定する介護予防活動を実施する団体に対して、実施回数に応じて補助金を交付します。市が渋川市社会福祉協議会に業務委託して実施します。
補助対象基準	次の要件をすべて満たす団体を対象とします。 ①60歳以上の人が5人以上で活動すること ②1回あたり90分以上活動すること ③介護予防を目的とした体操・トレーニング、認知症予防、栄養改善、健康に関する学習等のいずれかを毎回30分以上取り入れること ④年度内に12回以上活動すること
補助対象経費及び補助金額	①運営費(消耗品費、燃料費、印刷製本費、光熱水費など) 活動回数12回以上:12,000円 活動回数24回以上:24,000円 活動回数36回以上:36,000円 活動回数48回以上:48,000円 ②賃借料(会場使用料) 上限額月5,000円(年度60,000円) ③備品購入費(介護予防活動の際に必要な備品についてのみ対象) 上限額150,000円 ※②及び③は年度内に48回(月4回程度)以上活動する団体が対象 ※③は申請初年度のみ1回補助します。
申請方法	申請手続は渋川市社会福祉協議会で随時承っています。
問合せ先	【申請・補助に関すること】渋川市社会福祉協議会ボランティアセンター 0279-20-1112 【その他に関すること】介護保険課 0279-22-2116

【活動の流れ】



市立図書館資料配送サービス

実施内容	身体障害や家庭の事情等で、一人で図書館に来館することができない在宅者を対象に、図書館職員が図書館資料の配送を行います。	
対象者	市立図書館の図書利用券があり、市内に居住する次のいずれかの要件に該当する者で、かつ、親族等の補助がなく来館が困難な者 ①身体障害者手帳の交付を受けている者 ②要支援又は要介護認定を受けている者	
利用料	無料	
利用できる資料	市立図書館に所蔵する資料で、図書5冊、CD3点、DVD2点まで	
貸出期間	15日間（ただし、図書資料は予約がなければ1回まで延長可能）	
申請	窓口	市立図書館
	必要書類等	申請書(P68)
	備考	事前に電話又はFAXで利用申し込みしてください。 図書利用券を持っていない場合は、利用券の発行手続きが必要になります。
問合せ先	市立図書館 22-0644	

実施方法



生きがいつくり

渋川市老人クラブ連合会

TEL:0279-22-2257

住所:渋川市石原80番地(市役所高齢福祉課内)

仲間づくりを通して、生きがいと健康づくり、生活を豊かにする楽しい活動を行うことを目的に活動しています。

また、レクリエーションだけではなく地域に根ざしたボランティア活動も行っています。

市内在住で原則60歳以上であれば、どなたでも会員になることができます。

渋川市シルバー人材センター

TEL:0279-22-4688

住所:渋川市吹屋376番地 旧子持公民館別館

豊富な知識・経験・技能を持つシルバー世代が仕事や社会奉仕活動等を通じて、生きがいのある生活を送るために、臨時的かつ短期的又は軽易な就業の場を提供します。さらにボランティア活動など社会貢献に役立つ事業の企画、運営、実施を行っています。

市内在住のおおむね60歳以上の方で、健康で働く意欲のある方ならどなたでも会員になれます。

渋川市老人福祉センター

住民の皆さんに心身共に健康で、生きがいのある日々を過ごしていただくために、レクリエーション並びに地域福祉の向上等を目的とした憩いの場となっています。

センター名	所在地	利用料金(市内在住)	TEL
渋川地域福祉センター	渋川市渋川3890番地1	70歳以上・・・無料 65～69歳・・・100円 上記以外・・・200円	0279-23-1765
小野上地域福祉センター	渋川市小野子9番地1		0279-59-2310
地域福祉センターこもちの湯	渋川市吹屋658番地20		0279-24-6612

渋川市子持高齢者能力活用センター

TEL:0279-30-3166

住所:渋川市吹屋658番地99

高齢者の社会参加及び生きがいつくりを推進するための施設です。

使用料は無料で渋川市内に居住する60歳以上の方又は福祉関係者及び福祉団体が利用できます。

相談窓口

渋川市地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域で暮らす高齢者のみなさんを、介護、福祉、健康などさまざまな面から総合的に支えるために設けられました。みなさんの悩み事、心配事は担当の地域包括支援センターにご相談ください。

名称	担当地区	所在地	電話番号
中央地域包括支援センター	渋川(大崎、下郷、東町、新町、下ノ町、南町、長塚町、寄居町、坂下町、辰巳町)、石原(熊野町)	渋川市石原80番地 (渋川市本庁舎)	0279-22-2179
西部地域包括支援センター	渋川(並木町、中ノ町、上ノ町、川原町、裏宿、元町、御蔭、入沢、上郷、藤ノ木、明保野)、金島(金井軽浜)	渋川市渋川(藤ノ木)2659番地 (北毛介護支援センター内)	0279-26-7567
金島・伊香保地域包括支援センター	金島(金井軽浜を除く)、伊香保	渋川市金井2212番地1 (特別養護老人ホーム かない苑内)	0279-24-8366
古巻地域包括支援センター	古巻	渋川市半田785番地5 (特別養護老人ホーム 永光荘内)	0279-24-1300
豊秋地域包括支援センター	豊秋(石原熊野町を除く)	渋川市石原564番地1 (介護老人保健施設銀玲内)	0279-22-2231
小野上・子持地域包括支援センター	小野上、子持	渋川市中郷2399番地7 (特別養護老人ホーム 春日園内)	0279-25-8025
赤城地域包括支援センター	赤城	渋川市赤城町北赤城山1055番地1 (介護老人保健施設赤城苑内)	0279-26-2218
北橋地域包括支援センター	北橋	渋川市北橋町八崎2349番地17 (第二デイサービスセンター虹の家内)	0279-25-7720

相談窓口

渋川市成年後見サポートセンター TEL: 0279-25-7196
住所: 石原80番地 (市役所本庁舎高齢福祉課内)

成年後見制度に関する相談支援や制度利用申し立ての支援等を通じて、住み慣れた地域で、安心して住み続けられるよう支援を行います。

渋川市消費生活センター TEL: 0279-22-2325
住所: 石原6番地1 (市役所第二庁舎1階)

訪問販売や電話勧誘販売等による契約のトラブル、消費生活に関する様々な相談や苦情について、解決のためのお手伝いをしています。

渋川市保健センター TEL: 0279-25-1321
住所: 石原6番地1 (市役所第二庁舎1階)

総合的な保健サービスを行う拠点として、健康相談、健康教育、健康診査、がん検診、栄養指導や予防接種などの保健業務を行います。

しぶかわ健康ダイヤル24 TEL: 0120-377-240(通話料無料)

健康、医療、介護、育児、メンタルヘルス等に関する相談を、医師、保健師、看護師等の専門家が24時間体制で受け付けし、分かりやすくアドバイスをしています。

渋川市高齢者移動支援センター TEL: 0120-913-123(通話料無料)
住所: 石原6番地1 (市役所第二庁舎交通政策課内)

市では、路線バスや鉄道、タクシーなど様々な移動手段を市民の皆さんが上手に利用できるよう支援を行います。お住まいの地区やお出かけする時間帯、よく行くお出かけ先など、相談者に見合った移動方法をご案内します。

渋川市理美容サービス利用申請書

申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名														
	住所	渋川市										年齢	歳		
	介護保険 被保険者番号												電話番号		
家族 状況	住所										氏名(主介護者に○印)			続柄	電話番号
											1				
											2				
											3				
<p>上記のとおり渋川市理美容サービスの利用申請をします。 なお、サービス実施に必要な渋川市における住民基本台帳、外国人登録、所得、公租公課、介護保険、生活保護及び心身障害の状況調査について委任します。 また、利用者の状況に応じた適切なサービスの提供を受けるため、この利用申請に係る情報をサービス事業者その他関係者に、必要な範囲内で提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 渋川市 (利用者) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">(代理人) 住 所 氏 名 (続柄) 電話番号</p> <p>渋川市長 様</p>															

渋川市布団丸洗いサービス利用申請書

申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名														
	住所	渋川市										年齢	歳		
	介護保険 被保険者番号												電話番号		
家族 状況	住所										氏名(主介護者に○印)			続柄	電話番号
											1				
											2				
											3				
<p>上記のとおり渋川市布団丸洗いサービスの利用申請をします。 なお、サービス実施に必要な渋川市における住民基本台帳、外国人登録、所得、公租公課、介護保険、生活保護及び心身障害の状況調査について委任します。 また、利用者の状況に応じた適切なサービスの提供を受けるため、この利用申請に係る情報をサービス事業者その他関係者に、必要な範囲内で提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 渋川市 (利用者) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">(代理人) 住 所 氏 名 (続柄) 電話番号</p> <p>渋川市長 様</p>															

澁川市紙おむつ給付申請書

申請者 (対象者)	フリガナ											
	氏名	介護保険 被保険者番号										
	住所	〒 ー 澁川市					生年 月日	年 月 日				
	電話番号											
親族 状況	住所	氏名(主介護者に○)				続柄	電話番号					
身体 状況	該当するものに○をつけてください。 <u>要介護者(65歳以上)</u> 要介護 3(認知症高齢者) ・ 4 ・ 5 <u>障害者手帳所持</u> 身障(3歳以上65歳未満) 下肢障害 1級 ・ 2級 体幹障害 1級 ・ 2級 上記の重複障害 1級 ・ 2級 療育(3歳以上18歳未満) A1 ・ A2 ・ A3											
希望事業所												
配達 先	住所	澁川市										
	世帯主氏名				続柄				電話番号			
上記のとおり澁川市紙おむつ給付事業について申請をします。 なお、申請にあたり必要な澁川市における住民基本台帳、外国人登録、所得、公租公課、介護保険、生活保護及び心身障害の状況調査について委任します。 また、対象者の状況に応じた適切な紙おむつの給付を受けるため、この申請に係る情報を実施事業者その他関係者に、必要な範囲内で提示することに同意します。												
年 月 日												
				申請者 (対象者)	住 所 澁川市							
						氏 名						
				(代理人)	住 所							
						氏 名		(続柄))	
						電話番号						
澁川市長 様												

渋川市長 様

渋川市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

渋川市高齢者補聴器購入費助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請に当たっては、渋川市高齢者補聴器購入費助成金交付要領(助成対象者)の要件に該当することを誓約し、助成金交付審査のために市が私の住民基本台帳、市税等の納付状況、住民税課税状況及び身体障害者手帳交付の有無を調査することに同意します。

申請者 (対象者)	住 所										
	フリガナ 氏 名	-----									
	生年月日	年	月	日	介護保険 被保険者番号						
	電話番号	※日中に連絡の付く電話番号を記載してください。									
代 筆	住 所										
	氏 名	(申請者との 続柄)									
	電話番号	※日中に連絡の付く電話番号を記載してください。									
購入を希望する 補聴器の種類等	耳あな型 耳かけ型 ポケット型 その他() メーカー: 製品名:										
購入を希望する 事業者	別紙見積書のとおり ※購入を希望する業者で見積書を作成してください。										
購入を希望する 補聴器の額	円 …(ア)										
世 帯 状 況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 : 30,000円 …(イ) <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯 : 20,000円										
交 付 申 請 額	※(ア)と(イ)のいずれか少ない額を記載してください。 円										

【添付書類】

- 耳鼻咽喉科専門医が作成した意見書(様式第2号)
- 3か月以内のオーディオグラム(純音聴力図)
- 購入を希望する補聴器の見積書の写し ※宛名が申請者名で購入希望業者が作成したもの
- 申請者の住所、氏名及び生年月日が確認できる身分証明書の写し
- 誓約書兼同意書(様式第3号) ※世帯が2人以上で構成されている場合のみ
- 申請者の属する世帯全員の住民税非課税証明書 ※渋川市で課税状況が確認できない場合のみ
- その他市長が必要と認める書類

様式第2号

【(一社)日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医】に記入してもらってください。
意見書作成のための費用は、自己負担です。

渋川市高齢者補聴器購入費助成金意見書

【本人記入欄】

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日

【医師意見欄】

四分法にて、聴力が対象に該当する場合 をつけてください。

【対象聴力】 両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、
かつ、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。

上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医師氏名

電話番号

【注】医師氏名は、本人が署名するか記名押印してください。

※3か月以内のオーディオグラム(純音聴力図)を交付してください。
ご記入いただいた意見書は、対象者(患者)へお渡しください。

様式第3号

※この同意書は、世帯が2人以上で構成されている場合に記載してください。

※世帯の全員の誓約と同意(署名)が必要です。

渋川市高齢者補聴器購入費助成金誓約書兼同意書

(宛先) 渋川市長

私(申請者)の属する世帯の全員は、渋川市高齢者補聴器購入費助成金の申請に当たり、渋川市高齢者補聴器購入費助成金交付要領(助成対象者)の要件に該当することを誓約し、助成金交付審査のために市が私の属する世帯の全員の住民基本台帳、市税等の納付状況及び住民税課税状況を調査することに同意します。

(代筆の場合は、本人及び後見人等の意思を確認の上、誓約し、同意します。)

年 月 日

申請者
氏名

世帯員④
氏名

世帯員①
氏名

世帯員⑤
氏名

世帯員②
氏名

世帯員⑥
氏名

世帯員③
氏名

世帯員⑦
氏名

(代筆)
住所

氏名

(申請者との続柄)

電話番号

※代筆の場合は、代筆対象者に○をつけてください。

申請者 世帯員① 世帯員② 世帯員③ 世帯員④ 世帯員⑤ 世帯員⑥ 世帯員⑦

澁川市救急医療情報キット交付申請書

利用者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	澁川市		性別	男女	年齢 歳
	電話番号					
緊急時連絡先		氏名	住所	関係	緊急連絡先	
	1					
	2					
	3					
	4					
医療欄		かかりつけ医	持病など		電話番号	
	1					
	2					
同意事項確認欄	1 キットの保管場所は冷蔵庫とし、冷蔵庫のドアにステッカーを貼り付けておくこと。 2 消防署又は警察署その他関係者が、状況の確認や救助のために、必要に応じて居宅内に立ち入る場合があること。この場合において、ドア又は窓等の破損が生じてもその責任は問わず、破損修理に係る一切の費用も請求しないこと。 3 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があること。 4 緊急時に本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫等の保管場所を開けてキットを取り出す場合があること。 5 かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。 6 キットを他人に譲渡したり貸し付けたりしないこと。 7 この申請に係る情報を、消防、警察、民生委員、その他関係機関に必要なに応じて提供すること。					
	上記同意確認事項欄のすべてに同意の上、澁川市救急医療情報キット交付申請をします。					
	年 月 日					
			申請者	住所 澁川市		
			(利用者)	氏名		
			(代理人)	住所		
				氏名	(続柄)	
	澁川市長		様	提出者	<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他	

市役所確認欄(記入しないでください。)

受付場所	支給事由番号	対象要件
<input type="checkbox"/> 高齢福祉課 <input type="checkbox"/> 社会福祉課 <input type="checkbox"/> 行政センター	事由が1,2の場合 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間	対象者は、次のいずれかの要件を満たす者であること。(1,又は2に該当する場合は3に該当しない18歳未満の者については世帯員に含めない。) 1 65歳以上のひとり暮らし高齢者(□常時、□日中、□夜間) 2 65歳以上の高齢者のみの世帯(□常時、□日中、□夜間) 3 身体・知的・精神障害を有する者、難病患者等 4 4 認知症等により意思疎通が困難な者

渋川市あんしん見守り緊急通報システムサービス利用申請書

利用者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名														
	住所	渋川市										年齢	歳		
	介護保険被保険者番号												電話番号	自宅	
													携帯		
家族状況	住所										氏名(主介護者に○印)			続柄	電話番号
											1				
											2				
											3				
											4				
<p>上記のとおり渋川市あんしん見守り緊急通報システムサービスの利用申請をします。 なお、サービス実施に必要な渋川市における住民基本台帳、外国人登録、所得、公租公課、介護保険、生活保護及び心身障害の状況調査について委任します。 また、利用者の状況に応じた適切なサービスの提供を受けるため、この利用申請に係る情報をサービス事業者その他関係者に、必要な範囲内で提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 渋川市 (利用者) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">(代理人) 住 所 氏 名 (続柄) 電話番号</p> <p>渋川市長 様</p>															

渋川市あんしん見守り緊急通報システムサービス確約書					
渋川市長 様		年 月 日			
利用者		住 所 渋川市 氏 名 電話番号			
(代理人)		住 所 氏 名 (続柄) 電話番号			
渋川市あんしん見守り緊急通報システムサービスを利用するにあたり、次のとおり確約いたします。					
1 利用申請書により届け出た内容に変更がある場合は、直ちに、市長に報告いたします。					
2 レンタル物件を善良な管理者としての注意をもって維持管理し、レンタル物件の毀損又は滅失その他の事故が生じたときは、直ちに、市長に申し出てその指示に従います。					
3 レンタル物件を他人に譲渡し、転貸し、又は担保に供する等目的外の使用はいたしません。					
4 市、緊急通報システム事業者、医療機関、消防署又は警察署その他関係者が、状況の確認や救助のために、必要に応じて居宅内に立ち入ることを認めます。この場合において、ドア又は窓等の破損が生じてもその責任は問わず、破損修理に係る一切の費用も請求いたしません。					
5 サービス廃止に伴うレンタル物件の返還は、速やかに行います。					
6 生命や身体の安全を守るため緊急かつやむを得ないときは、この確約書に係る情報を緊急通報システム事業者、医療機関、消防署又は警察署その他関係者に、必要な範囲内で提示することに同意します。					
7 緊急時における連絡先は、次のとおりです。					
親族	住所			氏名	
	関係	自宅 電話		携帯 電話	
	住所			氏名	
	関係	自宅 電話		携帯 電話	
	住所			氏名	
	関係	自宅 電話		携帯 電話	
緊急時 に 駆け 付け 付け つけ られ る 先 に 者	住所			氏名	
	関係	自宅 電話		携帯 電話	
	住所			氏名	
	関係	自宅 電話		携帯 電話	
民生委員 記載欄	渋川市あんしん見守り緊急通報システムサービスの必要性を認めます。 年 月 日 署名				

連絡先の相手方には、確認のうえ記載すること。

緊急通報システムの設置に係る承諾書

年 月 日

渋川市長 様

緊急通報システムの設置が行われる住宅の所有者

住所

氏名

私が所有する住宅において、下記のとおり緊急通報システムの利用者が機器を設置することを承諾します。

記

1 緊急通報システムの利用者

住所 渋川市

氏名

2 緊急通報システムの設置が行われる住宅の所在地
(賃貸住宅の場合はその名称及び号室も記載)

所在地 渋川市

※この承諾書は、緊急通報システムの利用者と機器の設置が行われる住宅の所有者が異なるときに、記載してください。

渋川市認知症高齢者等搜索支援登録情報個人票

届出日 年 月 日

撮影日 年 月 日

--

【基本情報(登録者)】

登録番号

—

ふりがな			
氏名			
旧姓		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住所	渋川市		
出身地			
電話番号			
身長 体格	cm	太りぎみ・ふつう・やせぎみ	
身体的特徴 (頭髪・ 姿勢等)	メガネ 有・無		

【関連情報(登録者)】

自分の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 旧姓()で答える <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他()		
家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる(誰を:) <input type="checkbox"/> その時々で違う答え <input type="checkbox"/> 答えられない		
住所	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 出身地(実家)を答える <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他()		
難聴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない)		
家に帰れなくなった状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 月 回程度 <input type="checkbox"/> 週 回程度)		
よく行く場所や行動範囲			
対応時の注意			
医療欄	かかりつけ医療機関	主治医名	持病
介護保険欄	居宅介護支援事業所	担当ケアマネ	電話番号

【緊急連絡先】

第1	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)
第2	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)
第3	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)

同意書

「渋川市認知症高齢者等捜索支援登録事業」の趣旨を理解し、捜索等に必要な場合に備え、この登録情報個人票に係る情報及び登録者の顔写真を事前に渋川警察署、渋川市役所関係各課、その他関係者に必要な範囲内で提供することに同意します。

また、登録者に変更があったときは、渋川市地域包括支援センターへ連絡します。

年 月 日

届出者

(自署)

(続柄)

写真貼付欄

* 地域包括支援センター処理欄

受付日・受付時刻	台帳登録	GPS利用	台帳削除	
			受付日	削除理由
	済・未	有・無		身体機能低下・転出・死亡 その他()
受付者 : 時 分 渋川警察署	登録者 : 様へ	午前・午後	受付者 : 時 分 分に包括	渋川警察署へ報告 : 月 日 様へ報告しました。 が手渡しました。 年 月 日

澁川市認知症高齢者等GPS端末貸出事業利用申請書

対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	澁川市			年齢	歳
	電話番号	自宅：		携帯：		
貸与時の立会人	フリガナ		続柄	電話		
	氏名					
	住所					
同意事項確認欄	<p>1 検索等に必要な場合に備え、申請の際に提出した書類に係る情報及び対象者の顔写真を委託事業者、地域包括支援センター、警察署その他関係機関に提供することに同意します。</p> <p>2 GPS端末等を善良な管理者としての注意をもって維持管理し、GPS端末等の毀損又は滅失その他の事故が生じたときは、直ちに、市長に申し出てその指示に従います。</p> <p>3 GPS端末等を他人に譲渡し、転貸し、又は担保に供する等目的外の使用はいたしません。</p> <p>4 対象要件に該当しなくなったときは、速やかにGPS端末等を返還します。</p> <p>5 申請書により届け出た内容に変更がある場合は、直ちに、市長に報告いたします。</p>					
	上記同意確認事項欄のすべてに同意の上、申請をします。					
	年 月 日		住所			
			申請者 (介護者等)		氏名	
			対象者との続柄 ()			
澁川市長 様						

申請者要件	
次に掲げる要件を満たす対象者を介護する主たる介護者	
(1) <u>本市に居住し、住所を有する者</u>	
(2) <u>在宅で生活している者</u>	
(3) <u>次のいずれかに該当する者</u>	
ア 65歳以上の認知症等により行方不明になるおそれのある者	
イ 40歳以上65歳未満の介護保険法施行令第2条第6号の初老期における認知症等により、行方不明になるおそれのある者	
(4) <u>位置確認ができた際、対象者を迎えに行くことができる介護者がいる者</u>	
添付書類	<input type="checkbox"/> 澁川市認知症高齢者等検索支援登録情報個人票の写し

様式第1号（第4条関係）

福祉車両利用申請書

年 月 日

様

住所
申請者 氏名
電話

渋川市福祉車両を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	世 帯 主		年 齢	歳
	住 所	渋川市	電 話	
	身 体 状 況	・ねたきり ・歩行困難 ・車いす使用 ・身障手帳所持 ・その他（ ）		
	健康状態			
運 転 者 (介 護 者)	住 所		電 話	
	氏 名		利用者と の続柄	
利 用 内 容	利用期日	年 月 日から 年 月 日まで		
	利用目的	・通院 ・施設入所 ・旅行 ・公共機関への手続 ・社会的行事への参加（ ） ・その他（ ）		
	行 先			

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

代 筆 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

※日中に連絡の付く電話番号を記載してください。

渋川市介護用車両購入費補助金実績報告書

渋川市介護用車両購入費補助金について、介護用車両を購入しましたので、関係書類を添えて次のとおり報告します。

要介護者	フリガナ		介護保険 被保険者番号																
	氏名																		
	住所	渋川市										生年月日	年 月 日						
介護用車両	購入業者						購入総費用	円											
	メーカー						車名・形式												
	タイプ	<input type="checkbox"/> 車いす仕様車 <input type="checkbox"/> リフトアップシート車 <input type="checkbox"/> 回転スライドシート車 <small>※いずれの場合も、車いす等昇降装置を装備し、かつ、車いす等の固定等に必要の手段を施した自動車であること。</small>																	
	契約日	年			月			日											
	納車日	年			月			日											
	領収日	年			月			日											
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護用車両購入に係る契約書（注文書）の写し																		
	<input type="checkbox"/> 介護用車両購入に係る領収書の写し（宛名が申請者名のもの） ※割賦契約等で支払が完了していない場合、支払に係る契約書及び初回支払分の領収書の写し																		
	<input type="checkbox"/> 介護用車両の自動車検査証の写し																		
	<input type="checkbox"/> 渋川市介護用車両購入費補助金請求書（様式第4号）																		
	<input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類																		

様式第2号

※この同意書は、世帯が2人以上で構成されている場合に記載してください。

※世帯の全員の誓約と同意(署名)が必要です。

渋川市介護用車両購入費補助金誓約書兼同意書

(宛先)渋川市長

私(申請者)の属する世帯の全員は、渋川市介護用車両購入費補助金の申請に当たり、渋川市介護用車両購入費補助金交付要領(補助対象者)の要件に該当することを誓約し、補助金交付審査のために市が私の属する世帯の全員の住民基本台帳、市税の納付、介護保険及び心身障害の状況を調査することに同意します。

(代筆の場合は、本人及び後見人等の意思を確認の上、誓約し、同意します。)

年 月 日

申請者

世帯員④

氏名

氏名

世帯員①

世帯員⑤

氏名

氏名

世帯員②

世帯員⑥

氏名

氏名

世帯員③

世帯員⑦

氏名

氏名

(代筆)

住所

氏名

(申請者との続柄)

電話番号

※代筆の場合は、代筆対象者に○をつけてください。

申請者 世帯員① 世帯員② 世帯員③ 世帯員④ 世帯員⑤ 世帯員⑥ 世帯員⑦

様式第1号（第3条関係）

渋川市高齢者タクシー利用券交付申請書

年 月 日

渋川市長 様

渋川市高齢者タクシー利用券交付要綱第3条の規定により、申請します。
申請者（対象者）

フリガナ		生年 月日	大正・昭和 年 月 日
氏名			
住所	渋川市		
電話番号			
運転免許の 状況 (レ点を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 返納		
	<input type="checkbox"/> 失効	私の運転免許証は、申請日現在失効しており、更新手続きをする意思はありません。	
	<input type="checkbox"/> 未取得	※免許を取得したことがない方	

【代理人申請の場合、代理人の情報をご記入ください】

氏名	続柄 ()	電話番号	
住所			

【個人情報の取扱いについて】

本申請書の提出をもって、以下の事項に同意したものとみなします。
・当該申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、住民基本台帳に関する情報を市が確認すること
・当該申請に係る個人情報については、本事業のためにのみ使用するものとし、そのほかの目的には使用しないこと

アンケート（レ点を記入してください。）

Q1 バス・タクシー高齢者割引を利用していますか？	Q2 バス・タクシー高齢者割引を利用しない理由は何ですか？
<input type="checkbox"/> はい（アンケートは以上です）	
<input type="checkbox"/> いいえ ⇒	<input type="checkbox"/> 登録が負担 <input type="checkbox"/> 交通系ICカードを買いに行けない <input type="checkbox"/> そもそも知らない・分からない

※以下の太線内は記入しないでください。

本人確認書類 (職員記入欄)	【本人】マイナンバーカード・運転経歴証明書・後期高齢者医療資格確認書・介護保険被保険者証・その他 ()
	【代理人】マイナンバーカード・運転免許証・その他 ()
利用券交付可否	可 ・ 否

渋川市長 様

申込者 住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

渋川市詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金事前申込書

渋川市詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金について補助金の交付申請を受ける予定なので、関係書類を添えて下記のとおり申込みます。

なお、申込みに当たり、市が私の及び65歳以上の下記世帯員について、住所、生年月日、世帯構成及び私の市税の納付状況を確認することに同意します。

記

購入又は設置予定の電話機機器の製造メーカー及び製品名（型番等）	
製造メーカー	
製品名（型番等）	
※申込者が64歳以下の場合は、補助対象者条件の確認のため満65歳以上の世帯員をひとり記入してください。	
氏名	
生年月日 年 月 日	
添付書類	(1) 購入又は設置する予定の電話機等の機能が確認できる書類（カタログ、取扱説明書等） (2) 住所、氏名及び生年月日が確認できる本人確認書類の写し（郵送、電子メールによる提出の場合のみ）

様式第4号

委任状

年 月 日

(宛先) 渋川市長

委任者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

私は、渋川市詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金申請を行うに当たり、

下記の者を代理人に選任し、

{	事務に関する全ての	}	権限を委任します。
	受領に関する		

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

来庁者の身分証明書の写し貼付欄（運転免許証、保険証等）

年 月 日

渋川市長 様

申請者 住所
氏名
生年月日 年 月 日
電話番号

渋川市詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金交付申請書兼補助金請求書

渋川市詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金について関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

記

購入又は設置機器の製造メーカー及び製品名(型番等)	メーカー： 製品名： (型番等)
購入日又は設置日	年 月 日
購入又は設置した電話番号	
購入又は設置に要した額	円
補助金交付申請額	円(最大5,000円)
添付書類	購入又は設置した電話機等の領収書の写し又はその代金の支払が確認できる書類

補助金 振込先	金融機関名		本・支店名	店
	口座種別	普通 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

1 交付決定の取り消し又は補助金の返還

次の場合は、補助金の交付決定の全部又は一部が取り消されます。

(1) 偽りその他不正な手段により交付決定又は交付を受けたとき。

次の場合は、指定された期限までに、補助金を返還しなければなりません。

(1) 補助金の交付を受けた後、補助金の交付決定を取り消された場合は、取消しに係る部分の金額

(2) 交付を受けた補助金額が交付の対象となる事業及び経費の実績額に基づき積算し確定した額を超える場合は、超える部分の金額

(3) 補助金の交付を受けて購入し、又は設置した電話機等は、補助金の交付の日から3年間は、市長の承認を受けずに補助金の交付の趣旨に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない。

2 誓約事項

(1) 渋川市暴力団排除条例（平成24年渋川市条例第30号）第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。

(2) 過去に渋川市詐欺被害等防止機能付き電話機等購入費補助金の交付を本人又は、世帯員が受けていません。

渋川市長 様

住 所 _____

申込者 氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____
(日中に連絡の付く電話番号を記載してください。)

65歳以上の世帯員

氏 名 _____

生年月日 _____

※申込者が64歳以下の場合は、補助対象者の要件を確認するため、65歳以上の世帯員を1人記入してください。

渋川市住まいの防犯対策支援補助金交付事前申込書
渋川市住まいの防犯対策支援補助金について、関係書類を添えて下記のとおり申込します。

なお、申込に当たっては、渋川市住まいの防犯対策支援補助金交付要領（補助対象者）の要件に該当すること及び本申込書の4を誓約し、補助金交付審査のために市が私の住民基本台帳の閲覧、市税の納付状況その他の必要な調査をすることに同意します。

記

1 防犯対策機器	<input type="checkbox"/> 防犯カメラ <input type="checkbox"/> 人感センサーライト <input type="checkbox"/> カメラ付きインターホン
2 設置に要する経費 (概算)	円
3 申請額	円 (最大2万円)
4 誓約事項	<p>下記に記載の渋川市住まいの防犯対策支援補助金交付要領の補助対象経費及び交付条件を確認し、防犯対策機器を購入及び設置します。</p> <p>渋川市住まいの防犯対策支援補助金交付要領（抜粋） 〈補助対象経費〉 補助対象事業を実施するために要した経費のうち、次に掲げるものです。 ただし、(1)に掲げる経費を必ず含むものとします。 (1) 防犯対策機器本体の購入又は購入及び設置工事（以下「設置等」という。）に係る経費</p>

※スマートフォン、タブレット端末、パソコン、映像を録画する機能を有しないダミーカメラ、センサー機能を有しないライト、録画機能を有しないインターホンは補助の対象としない。

- (2) 防犯対策機器に対応した録画機、モニター、センサーその他の付属機器の設置等に係る経費
- (3) 防犯対策機器を設置するためのポールの設置等に係る経費
- (4) 防犯対策機器を設置している旨の表示シール等の設置等に係る経費
- (5) 録画機に設置するSDカードその他の記録媒体の設置等に係る経費
- (6) 前各号のほか防犯対策機器を設置するための取付金具その他の消耗品の設置等に係る経費

〈交付条件〉

- (1) 防犯対策機器の本体は、屋外に設置すること。
- (2) 防犯対策機器は、申請者の居住している市内の住宅に設置すること。ただし、店舗や事業所、アパート等の集合住宅への設置は対象外とする。
- (3) 補助対象者は、補助金の交付を受けて設置した防犯対策機器の適切な維持管理に努め、交付目的に反して使用し、譲渡し、貸付けし、又は担保しないこと。また、市長が認めた時を除き、補助金の交付後6年間は、交換又は廃棄しないこと。
- (4) 補助対象者は、事業の遂行に関する報告及び実地調査に応じることを求められた場合は、これに応じなければならないこと。

5 添付書類

第三者に委任する場合は、下記の書類を提出してください。

- (1) 委任状（様式第2号）
- (2) 受任者の本人確認書類の写し

(宛先) 渋川市長

委任者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

私は、渋川市住まいの防犯対策支援補助金交付申請を行うに当たり、下記の者を代理人に選任し（ 事務に関する全ての権限）を委任します。
（ 受領に関する権限）

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(代理人の本人確認書類の写しは裏面に添付)

様式第3号

年 月 日

渋川市長

様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

(日中に連絡の付く電話番号を記載してください。)

渋川市住まいの防犯対策支援補助金交付申請書兼実績報告書

渋川市住まいの防犯対策支援補助金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 防犯対策機器	
<input type="checkbox"/> 防犯カメラ	メーカー： 製品名： (規格・品番等)
<input type="checkbox"/> 人感センサーライト	メーカー： 製品名： (規格・品番等)
<input type="checkbox"/> カメラ付きインターホン	メーカー： 製品名： (規格・品番等)
2 設置日	年 月 日 ※複数防犯機器を設置した場合は、最後に設置した機器の設置日
3 設置場所	自宅 (玄関・裏口・軒下・その他 ())
4 他の補助金申請の有無	有 無
5 設置等に要した額	円
6 補助金の申請額	円 (最大2万円)
7 添付書類	
(1) 渋川市住まいの防犯対策支援補助金誓約書兼同意書 (様式第4号) (2) 購入・設置した防犯対策機器の領収書の写し又は支払が確認できる書類 (購入日、品名、品番等明細が記載されていること) (3) 設置した防犯対策機器の品名、品番、機能等がわかるカタログ、パンフレット又は取扱説明書等の写し (4) 防犯対策機器を設置・取付したことがわかる写真 (5) その他市長が必要と認める書類	

様式第 4 号

渋川市住まいの防犯対策支援補助金誓約書兼同意書

下記の内容をご確認いただき、交付申請書兼実績報告書（様式第 3 号）と併せてご提出ください。（チェック欄にチェック をお願いします。）

誓約・同意事項	チェック欄
防犯対策機器の設置に当たって、近隣の住民のプライバシー侵害等の平穏な生活の侵害がないように努めます。	
補助対象の防犯対策機器設置によりトラブル等が発生した場合には、自己の責任において解決いたします。	
渋川市から報告・調査の求めがあった場合は、これに応じます。	
補助金交付後、補助金要件を満たしていないこと、虚偽の申請その他不正な手段により補助金の交付を受けたことが判明し、交付決定が取り消された場合は、指示に従い速やかに補助金を返還します。	
【以下、防犯カメラ・カメラ付きインターホンを購入・設置した場合】	チェック欄
撮影区域は、設置の目的を達成するために必要最小限の区域とします。	
無線 LAN、インターネット回線等により、映像の送受信を行う場合は映像が外部へ流失しないよう必要な対策を講じます。	
画像データは、漏えい、滅失、改ざん等しないように管理徹底します。	
画像データは、刑事訴訟法第 197 条に基づく捜査への協力を努めます。	

年 月 日

申請者氏名（自署） _____

渋川市長 様

請求金額	円
------	---

上記の金額を請求します。

ただし、渋川市住まいの防犯対策支援補助金

請求者 住所

氏名

(振込先口座)

口座 名義人	カナ		
	漢字		
口座番号	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 ()	
	本・支店名	本店・支店 出張所 ()	
口座種別	当座 普通	口座番号	
(請求者≠口座名義人の場合に以下を記載)			
私(請求者)は、上記の 事業に係る金銭を受領する 権限及び附帯する一切の権 限を右記の者に委任しま す。	受 任 者	住所 氏名 電話	

■ 注意事項

- 1 振込口座がゆうちょ銀行の場合は、金融機関名欄に「ゆうちょ銀行」を、本・支店名欄に「(店番)」を記載してください。
- 2 請求者と口座名義人が相違している場合は、受任者欄に口座名義人を記載してください。
- 3 振込口座以外の訂正はできませんので、振込口座以外の記載事項を修正する場合は改めて請求書を提出してください。

(様式第1号)

渋川市災害時避難行動要支援者登録申請書兼個別支援プラン登録申請書

渋川市長様	
私は、「渋川市地域防災計画」に基づく避難支援制度の趣旨に賛同し、災害時要支援者登録とともに個別支援プランの登録を希望します。	
また、私が届け出た下記個人情報は、住民基本台帳との照合を承諾するとともに、災害時の避難支援や情報提供、安否確認及び日頃の支援活動等を行うため、作成された個別支援プランと併せ、避難支援者や市の関係部署、自治会、自主防災組織、民生委員児童委員、社会福祉協議会、警察、消防署、消防団、その他避難支援のために市長が認めた者に提供されることに同意します。	
年 月 日	(代理人)氏名
(要支援者)氏名	(代理人)住所
	(代理人)電話番号

要支援者登録情報		※要支援者として登録する方について、ご記入ください。 ※自治会名については、わかる範囲でご記入ください。	
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		
現在の居所	〒 (※住所と異なる場合にご記入ください)		
連絡先	電話番号 (自宅)	電話番号 (携帯)	
	その他 (FAX・メール等)	(※必要に応じてご記入ください)	
要支援者区分	該当する項目に☑(チェック)してください。		
	<input type="checkbox"/> 65歳以上の者のみで構成する世帯に属している。		
	<input type="checkbox"/> 要介護度が3以上である。		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級・2級)の交付を受けている。		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A判定)の交付を受けている。		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1級)の交付を受けている。		
	<input type="checkbox"/> その他支援が必要な理由がある。 (理由など)		
自治会名		その他特記事項	

<市記載欄>

■個別支援プラン

要支援者 氏名		プラン 作成日	年 月 日
------------	--	------------	-------

(A) 避難時に配慮を要する事項		※避難誘導時や、避難先での留意事項等がありましたら併せてお書きください。	
[あてはまるものすべてに☑(チェック)をしてください]			
<input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない(むずかしい) <input type="checkbox"/> ものが見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 危険な状況の判断ができない(むずかしい) <input type="checkbox"/> その他・補足事項		<input type="checkbox"/> 声や音が聞こえない(聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 知人や家族などの判別ができない	
(B) 緊急時連絡先		※ご家族、関係団体など、緊急時に連絡が必要な方についてご記入ください。	
1	ふりがな	要支援者との関係	連絡先(電話番号・携帯メールなど)
	氏名		
	住所	〒	
2	ふりがな	要支援者との関係	連絡先(電話番号・携帯メールなど)
	氏名		
	住所	〒	
(C) 避難支援者情報		※近所にお住まいの方など、避難の際に支援をしていただける方についてご記入ください。	
1	ふりがな	要支援者との関係	連絡先(電話番号・携帯メールなど)
	氏名		
	住所	〒	
2	ふりがな	要支援者との関係	連絡先(電話番号・携帯メールなど)
	氏名		
	住所	〒	
(D) その他留意事項等		※必要な項目、当てはまる項目があればご記入ください。	
1	避難時に携行する医薬品等		
2	かかりつけの医療機関	住所	
		電話番号	
3	日常生活用具や薬等		
4	その他特記事項		
5	避難予定場所	(1)	(2)
※未記入の場合は、住所(居所)ごとに渋川市地域防災計画に基づき登録します。			
市記載欄			

**渋川市後期高齢者
人間ドック検診費助成申請書**

被保険者番号			
住 所	渋川市		番地
ふりがな			
受診者氏名			
性 別	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
検診方法	日帰りドック ・ 二日ドック ・ 脳ドック(日帰りドックとの併診)		
医療機関名			
受診日	年 月 日～ 日		
助成方法	口座 ・ 窓口	年 月 日審査済	印
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、この助成を受けて受診した人間ドックの検診結果を、渋川市に提示し、又は渋川市が医療機関から提供を受け、後期高齢者健康診査事業に活用することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>渋川市長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 渋川市 番地</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(電話 — —)</p>			

(様式1)

渋川市立図書館資料配送サービス利用登録申請書

渋川市立図書館長 様

申請日 / 年 月 日

次のとおり申請します。

※ご本人の利用資格を確認できる手帳等を添えて申請してください。

ふりがな		生年月日	T S H R	年	月	日
氏名		性別	男 ・ 女			
		保護者名 (高校生 以下記入)				
利用者コード	—					
住所	〒 —					
電話番号	— — (自宅・携帯)					
ファクシミリ						
メールアドレス						
希望訪問 時間帯等						
訪問時の 留意事項等						

※代理人の場合は下記も記入してください。

ふりがな		登録者との 関係	
氏名			
住所			
電話番号			

上記のとおり利用登録申請があったので、登録してよろしいでしょうか。

決裁印	館長	係長	係員

利用資格	身体障害者手帳 (級)
	療育手帳 ()
	精神障害者保健福祉手帳 (級)
	介護保険法 (要介護) (要支援)
	その他 :
備考欄	