

65歳以上の  
グループ  
専用

# リハビリ専門職 を派遣します

令和8年度帯広市一般介護予防事業 地域リハビリテーション活動支援事業

## リハビリ専門職派遣事業

### 【派遣する職種】

栄養士

歯科衛生士

リハビリ職※

※理学療法士、作業療法士、  
言語聴覚士のいずれか



### 【派遣までのながれ】

① 申し込む



申込書①及び②に記入し、  
介護高齢福祉課へ提出します。

② 調整する



派遣決定後、決定通知が届き  
ます。その後、専門職と内容  
などの詳細を調整します。

③ 当日



活動日当日、指定の会場へ  
専門職がお伺いします。

# リハビリ専門職派遣事業

帯広市は、自主的なグループや団体の皆さまの活動をリハビリ専門職と一緒に応援します。

## 【実施期間】

4月から翌年3月まで

## 【対象者】

以下のすべてに該当する帯広市内で活動している自主グループ

- 月1回以上継続して活動している
- 新規の参加者を受け入れている
- 介護予防※につながる活動をしている

※「介護予防」とは、要介護状態になるのをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして、要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減をめざすこと。

## 【派遣する専門職と講話内容】

栄養士 バランスの良い食事、フレイルや低栄養を予防する食事 など

歯科衛生士 口や舌の動き、唾液腺マッサージ、口腔体操 など

リハビリ職※ 転倒予防や生活習慣病予防の体づくり、認知症予防や嚥下機能 など

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか

## 【日時】

月曜日から土曜日（祝日を除く）9時から17時、1回60分間

（お申し込み後に希望の日時を専門職と調整してください）

## 【場所】

帯広市内の申し込みグループが活動している場所

（グループの皆様で会場をご用意ください）

## 【利用回数】

1グループについて、実施期間中に3回の利用が可能（異なる専門職を計3回まで）

## 【利用料金等】

専門職の派遣については無料、会場費などは申し込みグループの負担

※事業利用中の健康管理や事故・怪我等につきまちは自己責任となりますので、あらかじめご了承ください

## 【申し込み方法】

「リハビリテーション専門職派遣申込書①及び②」をご記入のうえ、開催予定日の30日前までに、介護高齢福祉課の窓口へお持ちいただくか、FAXや郵送で下記までお送りください。

申込み・  
問合せ先

帯広市役所 1階 市民福祉部福祉支援室介護高齢福祉課

住所 〒080-8670 帯広市西5条南7丁目1番地

電話 0155-65-4145 FAX 0155-23-0163



## リハビリテーション専門職派遣申込書①

グループ・団体名				申込日			
申込者	氏名					令和 年 月 日	
	住所	〒 - 帯広市					
	電話番号			FAX番号			

希望 職種 日時	1回目	<b>職種</b>	<b>日時</b>	
		希望する職種に ○を付けてください。		月 日( )
		1. 栄養士 2. 歯科衛生士 3. リハビリ職		時 分 から 時 分 まで ※1回60分間
	2回目	<b>職種</b>	<b>日時</b>	
		希望する職種に ○を付けてください。		月 日( )
		1. 栄養士 2. 歯科衛生士 3. リハビリ職		時 分 から 時 分 まで ※1回60分間
	3回目	<b>職種</b>	<b>日時</b>	
		希望する職種に ○を付けてください。		月 日( )
		1. 栄養士 2. 歯科衛生士 3. リハビリ職		時 分 から 時 分 まで ※1回60分間

会場	会場名						
	住所	帯広市					

参加予定人数	人
--------	---

本事業を知った きっかけは何ですか	広報おびひろ / 市ホームページ / 市内施設にあるチラシ 紹介(どなたから→ ) / その他( )
----------------------	---

これまで本事業を利用 したことがありますか	初めて利用する / 利用したことがある → 令和7年度・それ以前
--------------------------	----------------------------------

# リハビリテーション専門職派遣申込書②(活動について)

記入日：令和 年 月 日

以下の質問にお答えください。空欄にご記入いただくか、あてはまるものに○をつけてください。

1	グループ・団体名	
2	活動内容 (例：体操、運動、踊り、交流、ボランティア活動 など)	
3	活動場所	
4	活動の頻度	いずれか1つに○をつけてください ①週2回以上 ②週1回 ③月に2～3回 ④月1回程度
5	活動日・時間帯	毎週・第( )曜日 時 分 ~ 時 分
6	参加者の年齢層	( )歳代 ~ ( )歳代 うち65歳未満( )人
7	団体の結成時期	( )年 ( )月頃
8	男女構成 (おおよその人数でかまいません)	男性( )人・女性( )人
9	参加費用	どちらか1つに○をつけてください ①なし ②あり(参加費 月・半年・年 円)
10	新規参加者をどれくらい受け入れることが可能ですか？	( )人程度 参加条件( ) ※参加条件の例：市内在住、60歳以上 など
11	参加希望者へのコメント (もしあれば)	
12	代表者連絡先	名前： 電話番号： 住所：〒 - 帯広市  ※代表者と連絡先の方が異なる場合は、連絡先の方の情報もご記入下さい 名前： 電話番号： 住所：〒 - 帯広市
13	1～12の情報を、帯広市ホームページなどに公表してもよろしいですか？	①公表できる ②公表できない ※①の場合で、公表したくない情報があれば、その番号をご記入ください( )