

65歳以上の
グループ
専用

活動支援者 を派遣します

令和6年度帯広市一般介護予防事業 地域介護予防活動支援事業

活動継続コース



【派遣までのながれ】

① 申し込む

② 調整する

③ 当日



申込書①及び②に記入し、
地域福祉課へ提出します。



派遣決定後、決定通知が届き
ます。その後、活動支援者と日
程などの詳細を調整します。



活動日当日、指定の会場へ
活動支援者がお伺いします。

活動継続コース

帯広市は、自主的なグループや団体の皆さまの活動を「介護予防を広める活動」を実践している講師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。

【講師：活動支援者】

軽運動、ふまねっと、ディスコン、ボッチャ、歌謡など介護予防を広める活動を行っている個人または団体で、帯広市に活動支援者として登録した方

【日時】

月曜日から土曜日の9時から17時、1回90分以内
（お申し込み後に希望の日時を講師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

【利用料金 等】

講師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・怪我等につきましても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】

希望日時を決定し、右欄と裏面の「活動継続コース申込書①及び②」をご記入のうえ開催予定日の30日前までにお申し込みください。
地域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3階 市民福祉部地域福祉室地域福祉課
住所 〒080-8670 帯広市西5条南7丁目1番地
電話 0155-65-4113 FAX 0155-23-0158



活動継続コース申込書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 日 時	1 回 目	日程	令和	年	月	日 ()
		時間	時	分	～	時
	2 回 目	日程	令和	年	月	日 ()
		時間	時	分	～	時
	3 回 目	日程	令和	年	月	日 ()
		時間	時	分	～	時
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5年度・それ以前

活動継続コース申込書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()