

介護をがんばるあなたに！ リフレッシュ日帰りバスツアー



●日時

令和7年10月29日(水)

午前9時30分から午後3時30分まで(予定)

※集合 午前9時20分市役所駐車場

●行き先

航空自衛隊浜松広報館

※解散場所:市役所駐車場

●対象者

市内在住で、要支援・要介護の認定を受けた方(介護認定者)を
在宅で介護している方(介護者)

※人数に限りがあるため、介護認定者1名につき介護者1名のみのご参加をお願いしております。

●募集人員

15名(申込多数の場合は抽選)

●費用

2,000円(食事代)

●申込方法

9月26日(金)までに、「介護者リフレッシュ事業参加申込書」(チラシ裏面)を
地域福祉課へ(郵送・Eメール・FAXによる申込も可能)

※参加の可否につきましては、申込者全員にお知らせします。

●その他

参加に伴うデイサービス・デイケア等の利用については各自でご対応ください。

他の人の介護体験を
聞いたので
今後の参考にします※



(介護が大変なのは)
「自分だけじゃない」
と実感して励まされました※

※過去の参加者の声

【問い合わせ先】日進市 地域福祉課 (担当:八木、伊藤)

電話 0561-73-1484

ファクス 0561-72-4554

Eメール chiikifukushi@city.nisshin.lg.jp

介護者リフレッシュ事業参加申込書

令和7年 月 日

日進市長 あて

申請者
住所
氏名
電話番号

続柄（ ）

下記のとおり、介護者リフレッシュ事業の参加申込をします。

介護者の状況欄			
参加者の住所	日進市		
参加者の氏名		ふりがな	
生年月日	昭和 年 月 日		
連絡先電話番号	() -		
介護認定者の状況欄			
介護認定者の住所 (又は居住地)	日進市		
介護認定者の氏名		ふりがな	
生年月日	大正・昭和 年 月 日		
被保険者番号		介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
備考 (保険者の名称が日進 市外の方は、状況につ いて介護支援専門員等 から証明を受けてくだ さい。)			
	会社名又は名称 証明者氏名 証明日 年 月 日		

<食物アレルギーのある方はご記入ください>

[]