**団体概要書**

（様式４）

※ 横浜市市民協働条例にもとづき、(★)の内容につきましては情報の公開をいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 整理番号 |  |
| 団体名(★) | （　　　　　　　　　　　　　　　）法人 | 発足年月日(★) | 　年　　月　　日 |
| 活動区(★) | 　　　　　　　　区 |
| ＮＰＯ法人格 | □　有　（取得　　年　　月）□　無 | 道路運送法７９条許可 | □ 有（取得　　年　　月）□ 無 |
| **代表者** | フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 氏　名(★) |  |
| 個人情報の開示：　□可　　□否 |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 個人情報の開示：　□可　　□否 |
| 住　所 | 〒 |
|  | 個人情報の開示：□可　□否 |
| **連絡担当者**(上記以外の場合、ご記入ください) | フリガナ |  | **会計責任者**　（代表者・連絡担当者と　　　　異なる方をご記入ください） | フリガナ |  |
| 氏　名 |  | 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 | 住　所 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| **事務所**（コーディネート事務等をする場所） | 住　所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメール(★) | ※大文字・小文字や数字の表記にお気をつけください。　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　＠ |
| ホームページ(★) | 　　http://www. |
| 活動分野(★) | 配食 ・ デイサービス（サロン・会食会を含む） ・ ホームヘルプ ・ 車による送迎 点訳 ・ 音声訳 ・ 相談（カウンセリング） ・ リハビリ ・　障害児者余暇活動 ・ 訓練会　・その他（　　　　 　　　　 　　） |
| 活動概要(★) | ※団体の活動目的や本助成金以外のものも含めて全体的な活動内容をご記入ください。 |
| 実施場所 |  | 家賃・光熱費等□有　・　□無 |
| 事業の対象者(利用の条件等) | 【高齢者】　（条件）　 | 新規利用者の受入 |
| 【障害者】障害の種別：年齢層： 10歳未満　・ 10～20代　・ 30代～50代　・ 60歳以上 |
| □有□無  |
| 【その他】　（条件） |
| 活動対象地域 |  |
| 介護保険等指定事業 | □有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 活動日 |  | 時間帯 |  |
| 利用料（利用負担金） |  | 会費（担い手負担金） |  |
| 体験学習の受け入れ | □有　　・　　□無 | ボランティアの受け入れ | □有　　・　　□無 |
| 他機関との連携（加入組織があればチェックしてください） | □　区社協会員 □　区ボランティア分科会□　神奈川ホームヘルプネットワーク□　ワーカーズコレクティブ連合会* 横浜市身体障害者団体連合会
 | □　地区社協□　市民セクターよこはま□　自治会・町内会□　生活協同組合連合会□　横浜市心身障害児者を守る会連盟 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 保険の加入 | □加入している□加入していない | 【加入している保険内容】 |
| □　ボランティア活動保険□　福祉サービス総合補償 | □　ボランティア行事用保険□　送迎サービス補償 |
| □ その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 抱えている課題・問題点 |  |
| これまでに助成や委託を受けた実績 |  |