様式６

**表　彰　候　補　者　推　薦　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

電話

1　介護者（介護を行っている方）の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | | |  | | 男  ・  女 | | | 生年月日 | | 大正  昭和　　 年 月 日  平成  満　　 歳 | | |
| 氏　　　 名 | | |  | |
| 現住所 | | | 〒　　　　－  豊田市  電話　 　－ | | | | | | | | | |
| 介護期間  (平成30年10月1日現在) | | | 平成 年　 月から現在  　　 年　　 か月 | | | 被介護者  との続柄 | | | | | |  |
| ２　被介護者（介護を受けている方）の状況 | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | | | | | 男  ・  女 | | 生年  月日 | | 明治  大正　 年 月 日  昭和  平成  　　　満　　 歳 | |
| 氏 名 |  | | | | |
| 日常生活動作の介助状況  （○印をつけてください。） | | | 移動は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  食事は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  排泄は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  入浴は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  更衣は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  意思疎通について（通じる・一部通じる・全く通じない）。 | | | | | | | | |

３　介護内容で他の模範となる事項

|  |
| --- |
|  |

　本推薦書により取得した個人情報は、本表彰事業以外の目的には使用いたしません。

介護支援専門員（ケアマネジャー）　様

介護者の表彰対象者をご推薦ください

本会会長が表彰する介護者表彰の推薦者を、今年度からこれまでの民生委員児童委員に加えて介護支援専門員（ケアマネジャー）に拡大します。表彰基準等にご留意のうえ、推薦いただきますようお願いします。

なお、被表彰者は第３８回豊田市社会福祉大会（平成３０年１１月２３日(金・祝)市福祉センターホールにおいて開催予定）の席上で表彰させていただきます。

１　表彰基準

**次の各号のすべてに該当する方**が表彰対象となります。

(1) 豊田市に住所を有する高齢者（６５歳以上）の排便、食事、入浴、外出等、身のまわりの介護を献身的におこなっている方で、**平成３０年１０月１日現在で介護を行っており、介護期間が７年以上（見込み）**の方

　 (2) 介護が必要な高齢者との関係が良好に維持されている方

　(3) 過去において、当該介護者表彰を受けていない方

※過去に受賞されていないかを確認しますので、推薦対象者がいる場合は事前にお問合せください。

[](https://ord.yahoo.co.jp/o/image/RV=1/RE=1532655757/RH=b3JkLnlhaG9vLmNvLmpw/RB=/RU=aHR0cDovLzAxLmdhdGFnLm5ldC8wMDA2MDMwLWZyZWUtaWxsdXN0cmFpdGlvbi8-/RS=%5eADBuofhUIsanRC6vLbCEuolac99oDU-;_ylt=A2RCL6oNJ1lbrVgASgKU3uV7)

２　推薦方法

　　　推薦書（裏面）をご記入いただき、８月２８日（火）までに下記提出先にご提出ください。なお、推薦書は紙媒体、データの両方でのご提出をお願いします。

　　※推薦書様式につきましては、本会ホームページ　　　　からダウンロードできます。

本会ホームページ　<http://toyota-shakyo.jp/>

３　提出及び連絡先　　〒471-0877　豊田市錦町１丁目１番地１

社会福祉法人豊田市社会福祉協議会　総務課　加藤

電話　３４－１１３１　FAX　３２－６０１１

Ｅメール　soumu@toyota-shakyo.jp

（日・月曜日及び祝日は休業です）

様式６　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**記　入　例**

**表　彰　候　補　者　推　薦　書**

推薦する介護支援専門員の記名押印をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名　　〇〇〇居宅介護支援事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　豊　田　太　郎

電話　　　　〇〇‐〇〇〇〇

1　介護者（介護を行っている方）の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | | | フク　シ　　ハナ | | 男  ・ | | | 生年月日 | | 大正  昭和　４８年４月２９日  平成  　　　満　４５ 歳 | | |
| 氏　　　 名 | | | 福　祉　　華 | |
| 現住所 | | | 〒４７１－０８７７  豊田市錦町１丁目１番地１  電話　　３４－１１３１ | | | | | | | | | |
| 介護期間  (平成30年10月1日現在) | | | 平成２３年７月から現在  　　　７年　３か月 | | | 被介護者  との続柄 | | | | | | 長男の妻 |
| ２　被介護者（介護を受けている方）の状況 | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ | フク　シ　イチロウ | | | | | ・  女 | | 生年  月日 | | 明治  大正　１６年７月２０日  昭和  平成  　　満　７７歳 | |
| 氏 名 | 福　祉　一　郎 | | | | |
| 日常生活動作の介助状況  （○印をつけてください。） | | | 移動は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  食事は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  排泄は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  入浴は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  更衣は（自分でできる・一部介助が必要・全介助が必要）。  意思疎通について（通じる・一部通じる・全く通じない）。 | | | | | | | | |

１つでも介助等が必要に該当すれば、推薦いただけます。

３　介護内容で他の模範となる事

|  |
| --- |
| 義父を献身的に介護しており､地域でも高い評価を受け、他の模範と  なっている。  必ずご記入ください。 |

本推薦書により取得した個人情報は、本表彰事業以外の目的には使用いたしません。