

雪かきレンジャー 募集中!!



登録制

地域では雪かきができずに困っている人が増えており、業者に依頼しても手がまわらない状況です。
そのため、地域のボランティアの力が必要です。ぜひご協力をお願いします。

雪かきを 手伝ってくれる人

随時募集中

市内の依頼者宅に出向き雪かきができる
個人・団体

ボランティア申込フォーム→

<URL>

<https://forms.gle/Zf7ZkvBoDvnkKASA7>



雪かきで お困りの人

【登録締切日】
10月13日(火)

市内在住で、高齢や病気などの理由により
ご自身で雪かきができない世帯
(市内近郊などに手伝える人がいない世帯)

お困りさん申込フォーム→

<URL>

<https://forms.gle/125is1ppZJo3Li36A>



※申込用紙も用意しています。詳しくはお問い合わせください。

登録から活動の流れ

※雪かきは、自宅玄関から最寄り道路までの人が通れる範囲が基本です。
※広範囲の雪かき、排雪、屋根の雪下ろしはお受けできません。

①登録申込み

登録申込書または上記フォーム
から申込み。

※お困りさんは10月13日(火)まで

②組み合わせの決定

室蘭社協で組み合わせ決定後
ボランティア・お困りさんに
担当表を送付。(11月下旬)

③顔合わせ

担当表が届いたらボランティア
からお困りさんに連絡。対応可能
な時間や雪かき範囲、道具の確認。

④活動開始

お困りさんからボランティアに
雪かきの依頼。打ち合わせた
活動時間に訪問し活動開始。

⑤謝礼の手渡し

活動終了後、お困りさんがボラ
ンティアに謝礼金500円
(30分程度)を手渡し活動終了。

連絡先

室蘭市社会福祉協議会 電話 83-5031 ※月～金(祝日を除く)9時～17時まで
〒050-0083 室蘭市東町2-3-3 メール vc1984@muroranshakyo.jp

雪かきでお困りの方募集内容

下記の内容をよくお読みになり、お申込みください

雪かきレンジャー(ボランティア)が雪かきのお手伝いをします。
業者とは違い即時対応できない場合や、作業が均一でない場合があります。

ご登録いただける方

室蘭市内にお住いの高齢者等で自力で雪かきができない方です。
市内に家族など雪かきをお願いできる方がいる場合は、できるだけ協力をお願いしてください。

手順

- ①内容を確認し、室蘭社協へ申込書を提出してください。
- ②後日、担当のレンジャー(ボランティア)の連絡先を郵便で送ります。
連絡を取り合い、事前に顔合わせをしてください。
- ③雪かきが必要になったとき、レンジャーに電話で依頼してください。
- ④雪かき終了後、レンジャーに直接謝礼(30分程度500円)を渡してください。



基本事項(ルール)

- レンジャーと連絡を取る場合は、朝7時から夜7時ぐらいを目安にしてください。
※その方によって連絡の取りやすい時間は違いますので、直接レンジャーとご相談ください。
- 登録された氏名・住所・連絡先は、担当エリアのレンジャーにお知らせします。
あらかじめご了解ください。
- 基本は、玄関から道路までの雪かきです。
その他周辺については、レンジャーに相談してください。
屋根の雪下ろしや排雪などの専門的な作業はできません。また雪よけ場所は、隣家とトラブルにならないように注意してください。
- 雪かき道具は、家にあるものをレンジャーに貸してください。
- 雪かきの期間は開始から3月31日までです。

《申込み・問合せ》

室蘭市社会福祉協議会

〒050-0083 室蘭市東町2-3-3 ハートセンタービル

TEL 83-5031 FAX 47-0123 mail : vc1984@muroranshakyo.jp

令和

年

月

日

雪かきお困りさん登録申請書

氏 名	ふりがな	男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 室蘭市	
電 話 番 号	自宅： 携帯：	
緊 急 連 絡 先	氏名： (続柄：) 住所： 電話番号：	
申 請 理 由		
介護保険を利用の方は、 ケアマネージャーまたは包括 支援センターの担当者 ※利用の無い方は空欄で結構です	事業所： 担当者： 電話番号：	
雪 か き の 範 囲		
そ の 他 伝 え た い こ と		

記載例

雪かきお困りさん登録申請書

氏名	ふりがな しやきょう たろう	男 ・ 女
	社協 太郎	
生年 月 日	大正・昭和 ××年 ××月 ××日(××歳)	
住所	〒050-0083 室蘭市東町2-3-3	
電話番号	自宅：83-5031 携帯：090-××××-××××	
緊急連絡先	氏名：社協 花子 (続柄：長女) 住所：室蘭市〇〇町1-2-3 電話番号：090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
申請理由	手術により自力の歩行が困難であり、市内に頼れる親族、知人がいないため。	
介護保険を利用の方は、ケアマネジャーまたは包括支援センターの担当者 ※利用の無い方は空欄で結構です	事業所：包括支援センター 〇〇〇〇 担当者：〇〇さん 電話番号：46-〇〇〇〇	
雪かきの範囲	玄関から道路までの4メートル。途中5段の階段ある。	
その他伝えたいこと	耳が遠いため、電話は長女にかけて欲しい。など	