



# 2022年「24時間テレビ」45 BabyLoco寄贈申し込みの手引き

## チャリティーキャンペーン名

24時間テレビ45「愛は地球を救う」

## 主催・協力

主催:公益社団法人 24時間テレビチャリティー委員会(全国31社の放送事業者)

協力:社会福祉法人 全国社会福祉協議会・各地の社会福祉協議会

## キャンペーン趣旨

「愛は地球を救う」をテーマに、

『福祉』…福祉車両の贈呈や障害者スポーツ支援 など

『環境』…清掃活動や環境保全活動 など

『災害復興』…国内外の災害への義援金贈呈 など

の3つの分野を支援しています。

## 福祉車両贈呈までの流れ

4月中旬	5月20日	6月～8月	10月上旬	11月中旬	12月～
申し込み受付開始 提出書類一式を郵便または宅配便にてお送りください。	申し込み締め切り	選考・審査	「24時間テレビ」45 寄付金額発表 寄付金額に応じて車両の贈呈台数を決定します。	贈呈先決定 申し込まれた全ての団体・個人に、贈呈の可否を郵送にて通知します。	贈呈式納車

## BabyLocoの申し込みについて

●0歳～15歳のお子様がお贈り対象となります。(対象者目安 身長150cmくらいまで)

●身体障害者手帳の有無は問いません。

## 申し込み方法

本紙P.1～2の「BabyLoco寄贈申込書」に必要事項を記入の上、郵便または宅配便にて折らずにお送りください。必ず記入した申込書のコピーを1部添えてください。

※申し込みは1個人につき1台に限ります。

※病院(担当医師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士)、市区町村福祉事務所、特別支援学校、療育センターのいずれかの推薦を受けてください。

※お送りいただいた申し込み書類は返却いたしませんのでご了承ください。

※申し込み書類の内容および住所・氏名などの個人情報、申し込み審査および審査結果の通知に使用いたします。なお、上記内容の個人情報は24時間テレビチャリティー委員会で厳重に管理し、2024年3月末日までに廃棄いたします。

## 贈呈車両の費用負担

贈呈に際して、以下の費用は24時間テレビチャリティー委員会が負担いたします。

- 車両本体費用 ●輸送費用 ●贈呈後のメンテナンス費用(上限10万円)

以下の費用は各自ご負担いただきます。

- BabyLoco保険料 ※加入を推奨しています。

## 贈呈後について

24時間テレビチャリティー委員会より、BabyLocoの使用状況について定期的に調査いたします。

調査票が届いた際にはご協力いただきますよう、お願いいたします。

BabyLocoを廃棄する場合は、必ず事前に最寄りの放送局のチャリティー委員へ廃棄申請書を提出していただきます。

チャリティー委員が廃棄は妥当であるか調査し、認められた場合は、環境問題やリサイクルを考慮し24時間テレビチャリティー委員会指定の業者が廃棄処理を行います。

●贈呈車両の無断譲渡・売却はできません。

●廃棄手続は24時間テレビチャリティー委員会で行います。

## 申込書を送付する前にセルフチェック

- BabyLoco 寄贈申込書（本紙） 1部
- 記入した申込書のコピー（P.1～P.2） 1部
- 記入漏れ、捺印漏れはありませんか？

記入漏れや申込書（本紙・コピー）の添付漏れは  
審査対象外になりますので、ご注意ください

全て揃いましたら下記へお送りください

〒105-7444 東京都港区東新橋1-6-1 日本テレビ  
「24時間テレビ」福祉車両 係

締め切り 2022年5月20日（金）必着

# 2022年「24時間テレビ」45 BabyLoco寄贈申込書

※締め切りは、2022年5月20日（金）必着です。

## ① 申込車種

車 種
BabyLoco ※座位保持椅子のサイズ、入力装置の種類については、贈呈決定後にメーカーより連絡いたします。

## ② 利用者について

① 氏 名	フリガナ ----- ⓕ	② 生年月日	平成・令和 年 月 日 満 歳
③ 保護者氏名、利用者との関係			
	フリガナ ----- ⓕ	利用者との関係	
④ 住 所	フリガナ 〒 都道府県		
⑤ 連絡先	TEL      -      -	携 帯	-      -
⑥ 身体障害者手帳の有無			
1. なし                                      2. あり (      級)			
⑦ 歩行状況			
1. 介助があれば歩行可能              2. 不可			
⑧ 車いす使用状況			
1. 使用していない                      2. 使用している ( 自走式 ・ 介助式 )			
⑨ 申し込み理由			
----- ----- ----- ----- ----- ----- -----			

申し込み理由 続き


③ 推薦について

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	平成 ・ 令和	年	月 日 (満 歳)
障害等級	級		
障害者手帳交付日	年	月	日
障害名・現症			
推薦者所属名 (病院、市区町村福祉事務所、特別支援学校、療育センター 等)			
推薦者氏名			
	印		