

管理機関 あて

介護サポーター登録申請書

入善町介護サポーターポイント事業実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり登録を申請します。

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 生年月日（年齢） | 年 月 日（ 歳） |
| 住所 | 入善町 |
| 電話番号 | （ ） |
| 区分 | 第1号被保険者 ・ 第2号被保険者 ・ その他 |
| 介護保険被保険者番号 または医療保険者名 | |

私は、登録した個人情報について、入善町社会福祉協議会及びサポーター活動を希望する受入施設に提供することを認めます。なお、活動を通して知り得たことは、第三者に漏らしません。

氏名

（自署）

（保護者同意欄）※未成年者（18歳未満）が申請する場合

（申請者氏名） _____ が入善町介護サポーターポイント事業における介護サポーターに登録申請することに同意します。

年 月 日

住所： _____

保護者氏名：（署名） _____ 続柄： _____

登録番号（年度） - （区分） - （No.）