

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.)