

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

我孫子市長 あて

我孫子市介護保険ボランティア登録申請書

我孫子市介護保険ボランティアに登録したいので、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな				性別	男・女	
	氏名						
	被保険者番号		生年月日	大・昭	年	月	日
	住所	〒270-11□□ 我孫子市					
	電話番号	固定電話 ( ) 携帯電話 ( )					
ボランティア活動	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている（内容： ）						
<h3>同意書</h3> <p>私は、介護保険ボランティアの登録、登録証の更新及び介護保険ボランティア活動評価ポイント交付金の交付に係る審査並びに登録後において引き続き登録の要件を具備しているかの確認を行うに当たり、次の事項について、市の職員が市が保有する公簿等により確認することに同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>本市の介護保険第1号被保険者であること。</li> <li>要介護認定又は要支援認定を受けていないこと。</li> <li>介護保険料の滞納がなく、かつ、過去5年度において、介護保険料の滞納がなかったこと。（交付金の交付の場合においては、介護保険料の滞納がないこと。）</li> </ol> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>							
<p>事務局処理欄</p>							