

様式第4号(第6条関係)

年 月 日

佐渡市長 様

住 所 佐渡市

氏 名 ⑩

生年月日

電話番号

介護保険ボランティア参加登録申請書

介護保険ボランティア活動を行いたいので、下記の内容について市の公簿等で確認することに同意し、参加登録を申請します。

また、介護保険ボランティア活動により知り得た秘密を守り、その活動を終了した後も秘密を守ることを誓います。

記

1. 要介護認定を受けていないこと。
2. 介護保険料の滞納がないこと。

※処理欄

要 介 護 認 定 の 有 無	介 護 保 険 料 の 滞 納 の 有 無
有・無	有・無
手 帳 交 付 年 月 日	介 護 保 険 被 保 険 者 番 号
年 月 日	