

年 月 日

鹿角市社会福祉協議会長 様

鹿角市介護支援ボランティア登録申請書

私は介護支援ボランティア活動を行いたいので、鹿角市介護支援ボランティア制度実施要綱第4条の規定に基づき申請します。なお、活動を通して知り得たことは、口外いたしません。また、介護保険被保険者情報等、当制度運営に必要と認められる情報について、鹿角市社会福祉協議会が市に確認することを承諾します。

住 所	鹿角市		
氏 名	ふりがな ()		
生年月日 (年齢) および性別 ※1	明治 大正 年 月 日 (歳) 昭和	性別	男・女
電話番号	自宅 携帯		
介護保険 被保険者番号		要 介 護 区 状 分 態 等	・要支援1 ・要支援2 ・事業対象者 ・なし
自己PR (資格, 特技, 趣味など)			

- ・「介護保険被保険者証」を添えて申請してください。
- ・本書に記載いただいた個人情報については、鹿角市介護支援ボランティア制度の運営に関する以外に利用しません。
- ・各種研修会のお知らせやボランティア情報の提供、またボランティア活動の紹介等で連絡をすることがございますのでご了承ください。

※1 年齢 65歳以上の方が対象です。