様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）小金井市長

小金井市介護支援ボランティアポイント事業登録申請書兼同意書

本事業の活動を行うボランティアとして登録するため、小金井市介護支援ボランティアポイント事業実施要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

この申請項目は、情報システムに記録されます。

<table>
<tr><td rowspan="3">住所</td><td colspan="2">〒　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">小金井市</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">ふりがな<br>氏名</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">大正・昭和　　年　　月　　日<br>（西暦　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2">（　　）　　―</td></tr>
<tr><td colspan="3">◆ボランティア経験の有無をお書きください。（活動先を紹介する際に参考とさせていただく場合があります。）<br>【ボランティアの経験】<br>（　有：　　）・　無</td></tr>
</table>

１　ポイント交換の可否を決定するため、市が事前に介護保険料の納付状況を確認することに　　□同意します。□同意しません。

２　申請内容を必要に応じてポイント管理業務の受託先に提供することに
　□同意します。□同意しません。

３　介護保険料の納付状況によっては、ポイント交換ができないことに
　□同意します。□同意しません。

署名　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿