

第4号様式（第9条関係）

年 月 日

（宛先） 出水市長

申請者

住 所 出水市

ふりがな

氏 名

生年月日 年 月 日 （ 歳）

介護保険被保険者番号

※65歳以上の方は記入してください。

電話番号

介護人材確保ポイント事業参加登録申請書

私は、介護人材確保ポイント事業の活動に参加したいので、登録を申請します。

なお、ポイントの交換に当たり、私の市税の税務資料等を閲覧することに同意します。

また、介護人材確保ポイント事業に参加するに当たり、活動中に知り得た個人情報等を正当な理由なく第三者に漏らさないことを誓います。