

受付窓口[ 本庁・中央・東・西・南・北 ]

令和 年 月 日

## 熊本市介護保険サポーター・ポイント制度登録申請書

私は、下記のとおり熊本市介護保険サポーター・ポイント制度のサポーターに登録したいので申請します。

フリガナ 氏名	
住所	〒 _____ 熊本市 _____ 区
電話	
生年月日	大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
介護保険被保険者番号	

◆介護施設等でのボランティア活動経験の有無 有 \_\_\_\_\_ ・ 無 \_\_\_\_\_

◆熊本市に住所を有する65歳以上の方が対象です。

※要介護認定、要支援認定または介護予防・日常生活支援総合事業(地域支え合い型通所サービス・地域支え合い型訪問サービス・地域支え合い型移動支援サービス・短期集中予防サービスを除く)の給付を受けている者を除く。

《提出先》

〒860-8601(市役所専用郵便番号) ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可  
熊本市中央区手取本町1-1  
熊本市役所介護保険課 総務企画班  
TEL 096-328-2347  
FAX 096-327-0855