

第4号様式

年 月 日

介護予防ポイント手帳再発行申請書

大和市長 あて

当該申請の情報を指定受入機関に提供することについて同意した上で、次のとおり、介護予防ポイント手帳の再発行を申請します。

※太枠内をご記入ください。

介護保険被保険者番号										
ふりがな										
氏名										
住所	大和市									
電話番号(自宅)	— —									
(携帯)	— —									
生年月日	M・T・S 年 月 日									
《個人情報保護に関する誓約書》 大和市長 あて 私は、介護予防ポイント活動を行うにあたり、活動中並びに活動終了後においても、活動上知り得た利用者等の個人情報を正当な事由なく第三者に漏らしません。 以上、誠実に遵守することを誓います。 年 月 日 氏名										