**姶良市介護保険等運営推進協議会委員及び**

**姶良市地域包括支援センター運営協議会委員**

**応募申込書**

　　年　　月　　日

次のとおり、姶良市介護保険等運営推進協議会委員及び姶良市地域包括支援センター運営協議会委員について、別紙誓約書を添えて申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み区分(該当番号に○) | **１　介護保険の被保険者****２-(1)　要介護等被保険者**　　　　（介護度：　　　　　　　　）　　　　（利用しているサービス：　　　　　　　　　　　　　）**２-(2)　要介護等認定者の家族介護者**　　　　（要介護等認定者の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　（要介護等認定者の住所：姶良市　　　　　　　　　　　　　）　　　　（介護度：　　　　　　　　）　　　　（利用しているサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日年齢 | 大正・昭和・平成　　年　　　月　　　日（　満　　　　歳　） |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　－姶良市 | 職業 |  |
| 勤務先 |  |
| 連絡先 | ※日中、連絡が可能な方にチェック印（☑）をつけてください。□自宅：　　　　　　　　　　　　　 　□勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 職歴 |  |
| 本市の他の審議会等の委員への就任状況（応募中のものを含む） | 名称 |  | □就任中（任期：　　　　～　　　　　）□応募中 |
| 所属している団体・サークル名 | ※団体等の役員等に就任している場合は、その役職名も記入してください。 |
| 団体等の活動略歴 |  |

氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 応募の動機・抱負など | 【応募の動機】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 【抱負】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 【介護保険制度に関する意見】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

備考　応募申込書に記載の個人情報につきましては、姶良市介護保険等運営推進協議会委員及び姶良市地域包括支援センター運営協議会委員の公募委員の選考のためだけに使用し、これ以外には使用いたしません。

（別紙）

　　　年　　　月　　　日

誓　約　書

姶良市長　　　　　　　　殿

住　所　姶良市

氏　名

　姶良市介護保険等運営推進協議会及び地域包括支援センター運営協議会の公募委員の応募申請を行うにあたり、以下の応募資格を満たしていること、応募書類の内容について事実に相違ないこと及び応募資格を満たさなくなったときは、速やかに申し出ることを誓約します。

【応募資格】

　(１)　姶良市に本市に住所を有し、かつ、居住している者

　(２)　本市で設置する他の附属機関等の委員でない者

　(３)　平日に開催する会議に出席できる者

　(４)　本市議会議員、市職員及び本市の外郭団体職員でない者