第２号様式(第５条関係)

年　　月　　日

　横浜市長

氏名

介護保険

被保険者番号

生年月日　㍾・㍽・㍼　　　年　　　月　　　日

連絡先

よこはまシニアボランティア登録変更・解除届出書

変更

解除

　よこはまシニアボランティアの登録を、次のとおり　　　　　　します。

更・指定（障害者自立支援法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項  （○をつけてください。） | | 氏名・住所・連絡先 |
| 変更  内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更・解除理由 | |  |

注意　解除の場合には、必ずポイントカードを返却してください。