応　募　用　紙

（つがる市国民健康保険運営協議会委員）

つがる市長　様

　　私は、つがる市国民健康保険事業の運営に参画したいので、次のとおり

つがる市国民健康保険運営協議会委員に応募します。

令和７年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | |
| カナ氏名 |  | 生年月日 | 昭和・平成  年　 月 　日 |
| 漢字氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| 自宅電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| 応募理由 |  | | |
| 任期 | 令和７年６月１日から令和１０年５月３１日まで  （以後、要件を満たしている場合は更新可） | | |
| メールアドレス | （メールによる応募の場合のみ記入） | | |

※自宅電話番号又は携帯電話番号は、保有していない場合は記入不要。

【要　件】

１．つがる市の国民健康保険に加入していること。

２．応募時点で71歳以下であること。

３．年に４回（６月、８月、１１月、２月の予定）、平日に１時間程度の会議に自ら出席できること。都合による欠席はかまわない。

４．委員報酬等の支給のため、つがる市に対し個人番号（マイナンバー）の提供及び以下の書類等の提出に同意できること。※応募の時点では提供・提出しません。

・　顔写真付き身分証明書（マイナンバーカードや運転免許証等）の写し

・　振込口座情報（通帳又はキャッシュカード）の写し

【提出先】　038-3192　つがる市木造若緑６１番地１　つがる市民生部国保年金課

　　　　　　電話：0173-42-2111（内線278）　メール：kokuho@city.tsugaru.lg.jp