

## 佐久市国民健康保険運営協議会公募委員申込書

(申込先)佐久市長

ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
性別	男・女
佐久市国民健康保険の加入状況	加入している

私は、次の1から4までの事項について誓約し、5の事項について同意した上で、上記のとおり申し込みます。

- 1 この申込書の記載内容が事実と相違ないこと。
- 2 佐久市国民健康保険運営協議会委員公募要領に規定する申込資格を満たしていること。
- 3 申込資格を満たさない状況となったときは、すぐに申し出ること。
- 4 申込資格を満たさなくなったときには、委員の資格を失うこと。
- 5 申込資格の確認のため、担当職員が関係部局に市税の納入状況の報告を求めること。

令和 年 月 日

氏名

(署名又は記名押印してください)