

大野城市長 様

大野城市介護予防ボランティアポイント交付金交付申請書

大野城市介護予防ボランティア事業実施要綱（平成29年要綱12号）第15条第1項の規定により、下記のとおり大野城市介護予防ボランティアポイントに係る交付金の交付を申請します。

記

登録番号 (介護予防手帳の番号)	
(ふりがな) 氏 名	印
生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒 大野城市
交付金の額	シール _____ 枚(ポイント) × 100円 = _____ 円 (上限5,000円)
同 意 欄	<input type="checkbox"/> 介護保険料の納付状況確認のため、市が被保険者台帳を照会することに同意します。

※振込先口座

金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫	本 店 支 店 出 張 所
口座種別	普 通 座 普 当 座	口座番号
口座名義人 (カタカナ)		