

## 小竹町介護予防ひまわりポイント交換申請書

年 月 日

小竹町長 様

申請者 ( 対象者本人 代理人※裏面委任状必要)

住 所

---

氏 名

---

電話番号

---

小竹町介護予防ひまわりポイントを交換したいので、小竹町介護予防ひまわりポイント事業実施要綱第12条の規定により、次のとおり申請します。

|             |      |       |  |      |        |     |
|-------------|------|-------|--|------|--------|-----|
| 対<br>象<br>者 | 住 所  | 小竹町大字 |  | 番地   | ( 区 組) |     |
|             | 氏 名  |       |  | 生年月日 | 年      | 月 日 |
|             |      |       |  | 年 齢  | 歳      |     |
|             | 登録番号 | —     |  | 電話番号 |        |     |

※欄は記入しないでください。

|                  |   |             |         |      |        |   |
|------------------|---|-------------|---------|------|--------|---|
| ※<br>審<br>査<br>欄 | 住 所                                     | 介護保険第1号被保険者 | ポイントの蓄積 |      | 総合判定   |   |
|                  | 該当・非該当                                  | 該当・非該当      | 該当・非該当  |      | 該当・非該当 |   |
|                  | このことについて、上記判定結果により決定(却下)してよろしいか、お伺いします。 |             |         |      |        |   |
|                  | 決裁年月日                                   | 年 月 日       | 課 長     | 課長補佐 | 係 長    | 係 |
|                  | 交付年月日                                   | 年 月 日       |         |      |        |   |
|                  | クオカード交付枚数                               | 枚           |         |      |        |   |

### 受 領 書

私は、上記申請にかかるクオカードを受領いたしました。

年 月 日

氏 名

---

※〈申請者の確認書類〉

運転免許証

健康保険証

その他

( )

(裏)

# 委 任 状

年 月 日

小竹町長 様

委任者氏名

印

私は、都合により、下記の者を代理人と定め、小竹町介護予防ひまわり  
ポイント交換申請書の提出を委任します。

代理人

住 所

氏 名

連絡先