

羽咋市介護予防ポイント事業ポイントカード兼申請書

羽咋市長

申請者 氏名 年齢 歳

住所

連絡先

本申請に伴い、私の市税等納付状況の照会について同意します。
 （レ点チェックをお願いします）

活動日付

（介護予防手帳の写し可）

2ポイント：介護予防に関する無償ボランティア等

1ポイント：地域の介護予防活動等への参加

※ポイント有効期限：当該年度内（3/31まで）

1	2	3	4	5
教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン
6	7	8	9	10
教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン
11	12	13	14	15
教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン
16	17	18	19	20
教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン	教室名 年 月 日 サイン

市確認欄 受付者（ ） 滞納確認 UFOポイントカード引換券発行日（ ）