

大和市長あて

介護予防ポイント転換金交付申請書



私は、介護予防ポイント転換金の交付を申請します。

また、私はこの申請にあたり、市税、介護保険料等の滞納の有無について調査することに同意します。

申請者氏名	(印)									
住 所	大和市					電話番号 ( )				
介護保険被保険者番号 (10桁)										

保有ポイント数	① 今年度分			② 前年度分(繰り越し)			③ 合計 (①+②)		
	令和	年度	ポイント	令和	年度	ポイント	ポイント		
④ 転換希望 ポイント				ポイント (円)		ポイント残高数 (③-④)		ポイント	

転換するポイントについて、 どちらかに○をつけてください	A ご自身の口座に振込	B 寄附をする
---------------------------------	-------------	---------

A ご自身の 口座に 振込	【介護予防ポイント転換金は、次の口座に振込してください】										
	銀行・信用金庫 信用組合・農協					支店					
	金融機関コード (4桁)					支店等コード (3桁)					
	預金の種類 (○をつけてください)	普通・当座	口座番号 (7桁) 右詰めで記入								
	口座名義人 カタカナで記入					振込対象 ポイント		ポイント			
※健康づくり推進課使用欄:通帳等のコピー添付(金融機関・支店・口座番号等がわかるもの) / 前年と同じ / 確認 <input type="checkbox"/>											

B 寄附を する	【介護予防ポイント転換金は、次の施設に寄附をします】									
	施設名					実名で寄附 <input type="radio"/> 匿名希望 <input type="radio"/> <small>○印がない場合は実名で寄附となります</small>				
	※健康づくり推進課使用欄 寄附先指定口座									
	銀行・信用金庫 信用組合・農協					支店				
	金融機関コード(4桁)					支店等コード(3桁)				
預金の種類 (○をつけてください)	普通・当座	口座番号 (7桁) 右詰めで記入								
口座名義人					振込対象 ポイント		ポイント			