

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)										

ポイント数	令和 (今年度)	年度	ポイント	令和 (前年度のポイントの繰り越しがある場合)	年度	ポイント
転換ポイント数	ポイント		ポイント残高数	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 (印) 匿名希望	
	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				

