

第6号様式（第8条関係）

年 月 日

（管理機関） 様

（申出者）住所

氏名

印

電話

介護予防ボランティア活動ポイント換金申出書

下記のとおり介護予防ボランティア活動によるポイントの換金を申出します。

なお、換金を行うにあたり、須賀川市介護予防ボランティア支援事業実施要領第8条第3項に基づき、私の市税、介護保険料等に未納又は滞納がないことについて調査することに同意します。

記

居住地区		登録番号	
氏名		換金ポイント数	ポイント

1 換金した金額の受取方法（希望するものに○をつけてください。）

(1) 現金での受取

(2) 口座振込（希望する場合は、通帳の写しを添付してください。）

※管理機関記入欄

受付日	月 日	交付決定額	円	担当者 印
交付日	月 日	（受取方法が現金の場合）		受領印 印