

平成 年 月 日

柳川市長 様

柳川市介護予防活動評価ポイント活用申出書

平成 年介護予防活動評価ポイントを活用して、介護予防活動評価ポイント
ト転換奨励金を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、市（事業の委託先を含む。）が私の介護保険料に未納又は滞納がないこ
とについて調査すること及び未納又は滞納があった場合には、介護予防活動評
価ポイント転換奨励金を当該未納又は滞納に充当することに同意します。

記

フリガナ			介護保険被保険者番号									
氏 名			⑨									
住 所	柳川市											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日											
電話番号	()											
評価ポイント	ポイント											
転換奨励金	円											
振込依頼先 口 座	金融機関名	銀行・信金 信組・農協										
	支店名	本店・支店 支所・出張所										
	預金種別	1 普通預金 2 当座預金										
	口座番号											
	フリガナ											
	口座名義人											