

第2号様式（第10号関係）

年 月 日

志木市長 様

志木市元気いきいきポイント換金交付申請書

介護保険料納付状況の確認することに同意し、次のとおり申請します。

要支援・要介護認定を受けている（以前も含む）	はい ・ いいえ
生活保護制度を利用している	はい ・ いいえ

買物券申請額 (○で囲んでください。)	1, 000円	2, 000円	3, 000円
	4, 000円	5, 000円	

通算ポイント数	ポイント								
換金ポイント数	ポイント								
ポイント残数	ポイント								
住 所	〒 志木市								
ふりがな 氏 名									
介護保険被保険者 番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
連絡先	電話（携帯） FAX								

(注) 本人以外の申請手続きはできません。