

年 月 日

芦屋市長 宛

申出者

住所 芦屋市

氏名 _____ 印

芦屋市ひとり一役活動評価ポイント活用申出書

下記のとおり転換交付金の交付を受けるため、芦屋市ひとり一役活動評価ポイントの活用を申し出ます。なお、介護保険料の未納及び滞納はありません。また、必要に応じて介護保険料の納付状況について、担当課から情報収集することに同意します。

記

ひとり一役活動 登録番号	—									
介護保険被保険者番号 (65歳以上の方のみ)										
氏 名										
生 年 月 日	年			月			日			
評価ポイント数	ポイント									
転換交付金 請求金額	¥		円（上限は5,000円）							

【振込依頼先口座】

金融機関コード		金融機関名								
店 番		本店・支店・出張所								
預金種別	1 普通		2 当座							
口座番号										
フリガナ										
口座名義人										

請求者本人の連絡先（※請求印省略時には必ずご記入ください。）

電話番号：

メールアドレス：

※市確認欄

介護保険料の未納及び滞納	あり・なし
第2号被保険者	
18歳以上40歳未満	