

様式第5号（第9条関係）

鯖江市介護支援サポーター評価ポイント活用申請書

年 月 日

鯖江市長 様

〒

住 所

申請者 氏 名

印

電 話

私は、下記のとおり鯖江市介護支援サポーター手帳を添えて、介護支援サポーター評価ポイントの活用を申請します。

記

被保険者番号	
氏 名	
評価ポイント	ポイント
交付申請額	円
同意書	私は、介護支援サポーター評価ポイント活用申請に当たり、市税および介護保険料の未納の有無について調査することに同意します。

※交付金の振り込み口座

金融機関名		銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				