

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

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

氏 名	
生年月日	大・昭 年 月 日
評価ポイント	ポイント
交付申請額	円
新年度カード の有無	有 ・ 無
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				