様式第２号（第８条関係）

年　　月　　日

鞍手町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　＜申請者＞

住　　所

氏　　名

電話番号

生年月日

鞍手町介護予防サポートポイント事業活動ポイント転換交付申請書

私は、下記のとおり鞍手町介護予防サポートポイント事業転換給付基準による給付額の交付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【セルフサポート活動分】 | | |
| 活動対象期間の月数の２分の１以上ポイントが貯まっている | |  |
| ポイント転換により給付する額 | ア（上記に☑がついた方） | 1,000円 |
| 【地域貢献サポート活動分】※該当する箇所全てに☑をつけてください | | |
| ①４月・５月で３ポイント以上貯まっている | |  |
| ②６月・７月で３ポイント以上貯まっている | |  |
| ③８月・９月で３ポイント以上貯まっている | |  |
| ④10月・11月で３ポイント以上貯まっている | |  |
| ⑤12月・１月で３ポイント以上貯まっている | |  |
| ⑥２月・３月で３ポイント以上貯まっている | |  |
| ポイント転換により給付する額 | イ＝上記①～⑥の☑数×500円 | 円 |
| 交付申請額（3,000円以内の額） | ア＋イ | 円 |

※セルフサポート活動及び地域貢献サポート活動を行った場合は、上限3,000円とする。