

K O B E シニア元気ポイント  
ポイント交換申請書

令和 年 月 日

神戸市長 宛

対象となる活動を行い、貯まったポイントを交換したいので、規定に基づき、  
下記のとおり申請します。

## 申請者

ふりがな	
氏名	
生年月日	M・T・S 年 月 日
住所	神戸市

## チェック欄（該当箇所に□を入れてください）

## 【振込口座について】

- 初めて申請します / 振込口座を変更します（下記の口座情報にご記入ください）  
 前回、申請した口座で申請します（下記の口座情報の記載は不要です）

口座情報 ※必ず本人名義の口座をご記入ください

振込 口座	金融 機関名	銀行・信金 信組・農協		支店名							
	預金 種別	1.普通 預金	2.当座 預金		口座番号						
	口座名義 (カナ)										

必ず裏面の項目にもご記入下さい



別紙3(第7条関係) 裏面

**ご希望の項目に  を入れてください**  
申請書を提出する時点でのポイント数をご記入ください。

交換ポイント数	交換金額
<input type="checkbox"/> 1,000	1,000円
<input type="checkbox"/> 2,000	2,000円
<input type="checkbox"/> 3,000	3,000円
<input type="checkbox"/> 4,000	4,000円
<input type="checkbox"/> 5,000	5,000円
<input type="checkbox"/> 6,000	6,000円
<input type="checkbox"/> 7,000	7,000円
<input type="checkbox"/> 8,000	8,000円
<input type="checkbox"/> 9,000	9,000円
<input type="checkbox"/> 10,000	10,000円
<input type="checkbox"/> 11,000	11,000円
<input type="checkbox"/> 12,000	12,000円
<input type="checkbox"/> 13,000	13,000円
<input type="checkbox"/> 14,000	14,000円
<input type="checkbox"/> 15,000	15,000円
<input type="checkbox"/> 16,000	16,000円
<input type="checkbox"/> 17,000	17,000円
<input type="checkbox"/> 18,000	18,000円

【介護保険料の滞納について】

**介護保険の保険料の滞納はありません (滞納がない場合はをいれてください)**

申請日において、介護保険の保険料を滞納しているときはポイント交換できません。

必要時には、介護保険課で調査することに同意します。

※必ずチェックをお願いいたします。