

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



**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。