

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

三春町長

様

住 所
申出者 氏 名
電 話

高齢者社会参加ポイント制度参加登録申請書

高齢者社会参加ポイント制度活動に参加したいので、下記のとおり登録を申請します。
なお、高齢者社会参加ポイント制度活動により知り得た秘密を守り、その活動を終了した後も秘密を守ることを誓います。

記

住所	三春町	
氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日	
介護保険 被保険者番号		
電話番号		