別記様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

吉富町長　様

（申請者）住　所　　吉富町大字

氏　名

連絡先

よしとみ介護予防ポイント事業参加申込書

下記のとおり、よしとみ介護予防ポイント事業への参加を申し込みます。

氏　名	□　申請者と同じ	年　　月　　日生 （　　歳）	
住　所	□　申請者と同じ	連絡先	□申請者と同じ

（町記入欄）

確認書類	□運転免許証　　□運転経歴証明書 □保険証（国保・社保・後期・介護） □マイナンバーカード □障害者手帳（身体・療育・精神） □パスポート □その他（　　）
記号番号	
登録番号	