様式第７号

　　年　　月　　日

管 理 機 関　様

申出者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |

福井市介護サポーターポイント活用申出書

　私は、下記のとおり介護サポーター手帳を添えて介護サポーターポイントの活用を申し出ます。また、交付金として下記口座に振込みをお願いします。

１　活動内容

|  |  |
| --- | --- |
| 累積ポイント数 |  |
| 活用希望ポイント数 |  |

２　振込依頼先口座　（ア、イのいずれかに☑を入れる）

□ ア．前回申請と同じ口座を希望する

　　　（前回指定した口座を忘れてご心配な方は下記の口座情報を記入してください）

□ イ．新規、変更

　　新規、変更の方は必ず記入してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・信金信組・農協 |  | 本店・支店出張所 |
| 預金の種類 | １．普通　２．当座　 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |

注意１　介護サポーター制度管理業務を公益社団法人 福井市シルバー人材センターに委託しております。

注意２　口座情報は交付金の振込以外の用途には使用しません。