

（管理機関） 様

（申請者） 住所

氏名

電話

【登録番号：】

【介護保険被保険者番号：】

介護支援ボランティア活動ポイント換金等申出書

私は下記のとおり介護支援ボランティア活動によるポイントの換金等を申し出ます。

記

1 換金

換金ポイント数	ポイント
---------	------

■振り込み依頼先口座（注意：本人名義に限る）

	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	(カタカナで記入)		

2 商品交換

商品番号	個数	交換ポイント数
	商品交換ポイント合計	ポイント

換金・商品交換ポイント合計	ポイント
---------------	------

同意される方は□に✓を記入してください

私の介護保険認定状況および介護保険料収納状況を調査することに同意します。

私の住所・氏名・電話番号の情報を、商品を発送する施設等に提供することを同意します。

※管理機関記入欄

受付日	月	日	担当者	印
-----	---	---	-----	---