年　　　月　　　日

東串良町長　様

東串良町高齢者元気度アップ・ポイント事業参加登録申請書

私は，東串良町高齢者元気度アップ・ポイント事業の活動に参加したいので，下記のとおり登録申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ４８２００ | 登録番号 |  |
| 住　　 　所 | 〒893-肝属郡東串良町 |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 | 　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　歳） |
| 電話番号 | 　　　　　　―　　　　　　　　― |

東串良町高齢者元気度アップ・ポイント事業の適切な運営のために必要があるときは，上記の申請内

容を，同一行政機関内で取り扱うことに同意します。

* 本書に記載いただいた個人情報については，高齢者元気度アップ・ポイント事業に関する以外に利用いたしません。

本人氏名