

管理機関 様

申請者 住 所  
氏 名

印

こうち笑顔マイレージ参加登録申請書 (健康づくり活動)

こうち笑顔マイレージの健康づくり活動に参加したいので、こうち笑顔マイレージ実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり登録を申請します。また、同要綱第3条第2項に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者として市長が別に定める者に該当しないことを誓約します。

記

申 請 者	介護保険 被保険者番号	
	住 所	高知市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	電話番号	( — — )

注1 登録の対象者は、本市に住所を有する65歳以上の者に限ります。

2 介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定若しくは同条第2項に規定する要支援認定を現に受けている者、高知市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱第5条第2号に規定する基本チェックリスト該当者又は介護保険料の滞納がある者はポイントの交換ができませんのでご注意ください。