

稲美町長 様

申出者 住 所 稲美町 _____
 氏 名 _____
 生年月日 T・S 年 月 日
 電話番号 _____
 代理人 氏 名 _____
 続 柄 _____

令和 7 年度 いなみ健康ポイント交換申出書

下記のとおり、いなみ健康ポイント事業実施要綱第 7 条の規定により、令和 7 年度いなみ健康ポイントを稲美町共通商品券と交換することを申し出ます。

なお、当該申し出にあたり、同要綱第 2 条及び第 7 条第 7 項の規定に基づき、国民健康保険税等の納付状況調査することに同意します。

記

交換内容 (該当する区分にチェック <input checked="" type="checkbox"/>)	区分	ポイント数	商品券の額
		5～9 ポイント	500 円分
		10～14 ポイント	1,000 円分
		15～19 ポイント	1,500 円分
		20～24 ポイント	2,000 円分
		25～29 ポイント	2,500 円分
		30 ポイント以上	3,000 円分
商品券の受取方法 (商品券のお渡しに 3～4 週間程度かかります)	郵 送 ・ 窓口での受取		
加入している医療保険 (該当するものを○で囲む)	・ 稲美町国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ その他 ()		

※下記欄は記入しないでください

受付時 確認欄	<input type="checkbox"/> 本人確認：免・資・マ付・()	<input type="checkbox"/> 受取方法	納付 状況	国保	
	<input type="checkbox"/> 代理人：免・資・マ付・()	<input type="checkbox"/> 加入保険		後期	
	<input type="checkbox"/> 区分・ポイント数確認	受付者：		介護	