令和　年　　月　　日

甲斐市長　様

〒

甲斐市

申請者　住　所

氏　名

甲斐市健康ポイント事業ポイント交換申請書

　「甲斐市健康ポイント事業」にかかる基準ポイントを達成したので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| □上記申請者と同じ(記入不要) |
| 住　　所 | 〒　　　甲斐市 |
| □上記申請者と同じ(記入不要) |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 |  |

※手帳参加者のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 手帳番号（手帳表紙に記載） |  |

※Webシステム参加者のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| ユーザーＩＤ |  |
| ニックネーム |  |
| メールアドレス |  |

職員記入欄

ポイント獲得区分

□参加賞(50pt~99Pt)

□参加賞+抽選権(100Pt～)