様式６

かしわフレイル予防ポイントカード発行申し込み書　郵便用

柏市長あて　　令和　年　月　日

かしわフレイル予防ポイントカードを発行したいので，以下のとおり申し出ます。
また，申し込みにあたっては，以下に同意します。

(1) 市が私の以下の情報を使用し，統計処理することで介護施策の分析及びフレイル予防事業に係る施策への活用(アンケート，ご案内)

ア　かしわフレイル予防ポイントカードによるフレイル予防活動状況
イ　市が保有する介護保険(資格，認定，給付)の各情報

(2) 市が，(1)の情報を匿名加工したうえで，市と協定を締結した学術機関その他研究機関にデータの提供すること

(3) 私が，かしわフレイル予防ポイントカード制度の対象外(市外転出等)となった場合や記載内容と事実が異なる場合には，かしわフレイル予防ポイントカードの利用を停止すること

※こちらの太枠欄のみご記入ください

発行を希望するかた	住所　※柏市に住民登録されている住所を記入 柏市		電話 (　　) ※ご連絡のつく番号を記入
	フリガナ	性別	19　年　月　日 生まれ(　　才) ※40歳以上が対象です
	氏名　※ご本人に限ります	男・女	
	(任意)メールアドレス　@		

郵送前に必ずチェック☑をしてください

- ☐ 郵送申し込みができるのは，柏市に住民登録のある40歳以上のご本人に限ります。
- ☐ カードのお届け先は，本人確認書類の写し（健康保険証等のコピー）で確認できる住民登録されている住所に限ります。
- ☐ この用紙の太枠欄は全て記入しましたか。
- ☐ 本人確認書類の写しは，住民登録の住所と氏名が書かれた面が印刷されていますか。
- ☐ 本人確認書類の写しは，住所・氏名・生年月日以外の項目を黒く塗りましたか。
- ☐ 封筒に３点（①この用紙,②本人確認書類の写し,③180円分の切手）を入れましたか。
- ☐ 封筒に宛先（〒277-0005 柏市柏5-8-12 地域包括支援課）を記載し,110円切手を貼りましたか。

柏市使用欄	確認書類：☐運転免許証　☐健康保険証　☐その他(　　)															
	WAON番号	6	9	0	0	1	7									
	☐非対象者	☐対象者　宛名番号														