年　　月　　日

**岡垣町福祉ボランティアポイント制度**

**ポイント交換申出書**

岡垣町長 様

次のとおり、ボランティア手帳を添えて申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な | | |  | | | | | | |
| 氏　　 名 | | |  | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | | 大正・昭和・平成　　　年　　月　　日 | | | | 性　 別 | | 男　・　女 |
| 住　 　所 | | | 〒　　　－ | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | | 自宅 | |  | | | | |
| 携帯 | |  | | | | |
| 保護者同意確認  ※申請者が未成年の場合に記入 | | | 保護者名 | | 福祉ボランティアポイントの交換について、同意いたします。 | | | | |
| 希望する還元内容 | | | **１．蓄積ポイント数** | | | | | | ﾎﾟｲﾝﾄ |
| **２．希望する還元品**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **番号** | **数量** | **ポイント数** | **交換場所** | |  |  | ﾎﾟｲﾝﾄ | （　福祉課・ボラセン・各施設　） | |  |  | ﾎﾟｲﾝﾄ | （　福祉課・ボラセン・各施設　） |   ※一覧表中、引換券交換場所が「福祉課orボランティアセンター」以外のものについては直接各施設へ連絡して受け取ってください。 | | | | | | |
| **３．残りポイント**　※900ポイントまでは翌年度に繰り越されます。 | | | | | | ﾎﾟｲﾝﾄ |
|  | | | | | | | | | |
| 処理欄 | 受付Ｎｏ | 受付担当者 | | 受取期間の確認 | | 手帳消込処理 | | 備考 | |
|  |  | |  | |  | |  | |