

様式第1号（第3条関係）

## ミムリン健幸ポイント事業参加申込書

年 月 日

美里町長 様

ミムリン健幸ポイント事業への参加を申し込みます。

フリガナ 氏 名	姓	名	性 別	<input type="checkbox"/> 男
				<input type="checkbox"/> 女
住 所	〒			
生年月日	年 月 日	身 長	c m	
電話番号		保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	

私は、ミムリン健幸ポイント事業に参加するに当たり、個人に起因する原因により歩数計が使用できなくなったときは、自己負担により購入することを承諾します。

氏名 \_\_\_\_\_