様式第２号（第５条、第６条関係）

高齢者地域支え合いグループポイント事業

グループ名簿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　グループ名

代表者氏名

（　　　年　月　日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 住所 | 生年月日 | 年齢 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| グループ構成員数 | 人 | 左記グループ構成員数のうち65歳以上の者 | 人 |
| 備考　１　市内に住所を有する方が対象です。　２　グループ構成員数は３人以上、うち半数以上は65歳以上の高齢者の方である必要があります。 |