



年 月 日

様

大崎町長

大崎町「オオサキポイント」事業加盟店認定通知書

年 月 日付けで申請のあった大崎町「オオサキポイント」事業加盟店の登録申請について、大崎町「オオサキポイント」事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり通知します。

次のとおり「オオサキポイント」事業の加盟店として認定する。

加盟店名	
代表者氏名	
所在地	
業種	
認定番号	



年 月 日

様

大崎町長

大崎町「オオサキポイント」事業加盟店認定通知書

大崎町「オオサキポイント」事業加盟店の登録を辞退したいので、大崎町「オオサキポイント」事業実施要綱第12条の規定により、次のとおり届け出ます。

加盟店名	
代表者氏名	
所在地	
業種	
認定番号	

■記載責任者及び担当者	
・責任者氏名：	電話番号：
・担当者氏名：	電話番号：

(第5号様式 第17条関係)

年 月 日

大崎町長

殿

大崎町「オオサキポイント」カード再交付申請書

大崎町デジタル地域通貨事業実施要綱第17条の規定に基づき、オオサキポイントカードの再交付を受けたいので申請します。

1. どなたのオオサキポイントカードの再発行が必要ですか。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	大崎町		
連絡先			
カード番号	※不明な場合は記入不要です。	再発行の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )

2. 窓口に来られた方はどなたですか

<input type="checkbox"/> 本人 ※以下の欄は記入不要です			
<input type="checkbox"/> その他（代理人を含む。） ※以下の欄に記入してください。			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
連絡先			

ここから下は記入不要です

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )		
カード番号	移行前 ( )		
	移行後 ( )		