

# 申請シート

ふりがな

お名前

性別

男性・女性

お住まい 〒 —

生年月日

大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )

TEL ( ) —

## ポイントの貯め方

瑞穂市が指定する健康づくり・社会参加イベントに取り組んでいただくことで、ポイントが付与されます。右記のチャレンジシートに取り組んだ健康づくり・社会参加イベントメニューの日付を記載してください。詳しくは、瑞穂市役所健康推進課(TEL.058-327-8611)にお問い合わせください。

## ポイント事業に関するアンケート

☐ レ点で回答してください。

Q1

参加年数を教えてください。

☐ 初めて ☐ 2年目 ☐ 3年目 ☐ 4年目以上

Q2

ポイント事業により、健診(検診)を受診しようと思いましたか。

☐ はい ☐ いいえ ☐ 毎年受診している

Q3

ポイント事業により、生活習慣に変化がありましたか。(複数回答可)

☐ 運動習慣がついた ☐ 食習慣が改善した  
☐ 禁煙が達成できた  
☐ 血圧・体重・体脂肪チェックをするようになった  
☐ その他 ( )  
☐ 特に変わっていない

Q4

ポイント事業により、成果がありましたか。(複数回答可)

☐ 体重が減った ☐ 体脂肪が減った  
☐ 腹囲が減った ☐ 血圧が下がった  
☐ 健診の結果(血液検査などの数値)が改善した  
☐ 1日の運動量(歩数など)が増えた  
☐ その他 ( )  
☐ 特に変わっていない

Q5

来年もポイント事業に参加したいですか。

☐ はい ☐ いいえ

Q6

ポイント事業を何で知りましたか。

☐ 広報誌 ☐ チラシ ☐ 新聞  
☐ ホームページ  
☐ その他 ( )

申請期限：令和8年2月27日(金)

健康づくりメニュー	獲得ポイント
各種健診(検診)の受診	健診(検診)につき <b>1ポイント</b> ※健診(検診)ポイントは必ず獲得してください。
その他に設定するもの	1回の取り組みにつき <b>1ポイント</b>

〈記載例〉

健康づくりメニューに取り組んだ日付を記載してください。

1  
ポイント

2025年 月 日

大腸がん検診

健康推進課にてスタンプを押印します。

あなたが取り組んだ健康づくりメニューを記載してください。



1 ポイント	年 月 日	Stamp
2 ポイント	年 月 日	Stamp
3 ポイント	年 月 日	Stamp
4 ポイント	年 月 日	Stamp
5 ポイント	年 月 日	Stamp
6 ポイント	年 月 日	Stamp
7 ポイント	年 月 日	Stamp
8 ポイント	年 月 日	Stamp
9 ポイント	年 月 日	Stamp
10 ポイント	年 月 日	Stamp