

射水市認知症高齢者等みまもり事業（どこシルプラス事業）シール再交付申請書

年 月 日

射水市長

申請者 住所 _____
(送付先) 氏名 _____
利用者との続柄 (_____)
電話番号 _____

射水市認知症高齢者等みまもり事業（どこシルプラス事業）のシール再交付について、下記に同意のうえ、次のとおり申請します。

- ・追加交付を受けたシールの費用について、シール作成業者の請求に基づき指定の方法で支払うこと。

利用者	ふりがな		シール 個別番号	
	氏名			
	住所	射水市		
希望数	_____ セット（１セットは、耐洗ラベル２０枚、蓄光シール１０枚です。）			

_____ 市記入欄 _____

連絡日	納品日	交付日