

別記様式第 3 号（第 5 条関係）

多治見市認知症高齢者等みまもりシール交付事業シール追加交付依頼書

年 月 日

多治見市長

申請者 〒
住 所
氏 名
対象者との続柄（ ）
電話番号

多治見市認知症高齢者等みまもりシール交付事業のシール追加交付について、次のとおり依頼します。

また、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に同意します。

対 象 者	ふりがな		個別番号	
	氏 名			
	住 所			
希 望 数				

市記入欄

連絡日	納品日	交付日