

様式第 3 号（第 8 条関係）

各務原市認知症者見守りシール追加配布申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

申請者 住 所
氏 名
対象者との関係（ ）
電話番号

下記のとおり見守りシールの追加配布を希望します。

記

対象者の情報

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
希望数	___セット（1セットは、耐洗ラベル30枚及び蓄光シール10枚です。）

備考 本申請により追加配布された見守りシールの費用は、申請者が負担することとなります。