様式3

　　　年　　　月　　　日

長寿福祉課長　殿

申請者　　　住所

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

大分市見守りシール再交付申請書

　　大分市見守りシールの再交付を希望しますので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな本人氏名 | 　 |
| 住所 |  |
| 登録番号 |  |
| 希望枚数 |  |

※注意事項

（１）　大分市見守りシールの再交付申請は、長寿福祉課長が特別な事由があると認めた場合を除き、直近交付日から1年を経過している必要があります。

（２）　再交付する大分市見守りシールは、1回につき１０枚を限度とします。

（３）　シールの郵送を希望される場合は、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。