

須坂市「安心みまもるシール」事業 登録申請書

令和 年 月 日

須坂市長 殿

申請者 住所

氏名

(本人との続柄: )

電話番号

下記のとおり、須坂市「安心みまもるシール」事業の登録を申請します。

また、須坂市「安心みまもるシール」登録シートに記載する情報について、同シートの情報提供同意欄の内容を確認したうえで同意します。

対象者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	住所			
	電話番号	( )		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( ) 歳		
	介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり〔非該当・要支援( )・要介護( )〕		
備考	アイロンシール 大(イラストあり) ( )枚 大(文字のみ) ( )枚 小(イラストあり) ( )枚 小(文字のみ) ( )枚 反射シール ( )枚			

担当者記入欄	
会員番号	