

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者

住 所
事業所名/団体名.....
代表者名.....
連絡先 (Tel)

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度スタンプ再発行申請書

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度のスタンプについて、下記理由により再発行の申請を致します。なお、今後はこのような事が無いようスタンプ管理者が責任をもって管理いたします。

記

1 再発行スタンプ No. _____

2 再発行理由

紛失

紛失以外の理由

.....
.....
.....
.....

3 スタンプ管理者 役職及び氏名 _____

《提出先》
〒860-8601 (市役所専用郵便番号) ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可
熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所介護保険課 総務企画班
TEL: 096-328-2347 FAX: 096-327-0855

記入もれがないか確認

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者
 住 所
 事業所名/団体名.....
 代表者名.....
 連絡先 (Tel)

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度スタンプ再発行申請書

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度のスタンプについて、下記理由により再発行の申請を致します。なお、今後はこのような事が無いようスタンプ管理者が責任をもって管理いたします。

記

1 再発行スタンプ

No. _____

2 再発行理由

紛失

紛失以外の理由

.....
.....
.....
.....

スタンプの本体側面に記入してある番号（紛失して番号不明の場合は記入不要）

3 スタンプ管理者 役職及び氏名 _____

《提出先》
 〒860-8601（市役所専用郵便番号） ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可
 熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所介護保険課 総務企画班
 TEL：096-328-2347 FAX：096-327-0855