

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者

住 所 .....

氏 名 .....

連絡先 (Tel) .....

## 熊本市介護保険サポーター・ポイント手帳再発行申請書

熊本市介護保険サポーター・ポイント手帳について、下記理由により再発行の申請を致します。

## 記

【再発行申請理由】 該当する理由に☑をしてください

紛失紛失以外（水没、焼失、盗難など）

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

**注意事項** 以下の点をご承知おきください。

- ① 従前の手帳に押印されていたスタンプの再押印はできません。  
但し再発行後、従前の手帳が見つかることにより従前のスタンプの確認ができる場合はこの限りではありません。
- ②再発行後従前の手帳が見つかった場合は、従前の手帳は介護保険課へ返却してください。
- ③再発行には1～2週間かかります。

## 《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

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 .....

氏 名 .....

連絡先 (Tel) .....

## 熊本市介護保険サポーター・ポイント手帳再発行申請書

熊本市介護保険サポーター・ポイント手帳について、下記理由により再発行の申請を致します。

記

【再発行申請理由】 該当する理由に☑をしてください

 紛失 紛失以外（水没、焼失、盗難など）  
.....  
.....  
.....  
..... 紛失 紛失以外（水没、焼失、盗難など）

どちらかに☑を入れる。紛失以外の場合はその理由まで記入。水没、焼失、盗難の場合はその文字を○で囲む。

【注意事項】 以下の点をご承知おきください。

- ①従前の手帳に押印されていたスタンプの再押印はできません。  
但し再発行後、手帳が見つかることにより従前のスタンプの確認ができる場合はこの限りではありません。
- ②再発行後従前の手帳が見つかった場合は、従前の手帳は介護保険課へ返却してください。
- ③再発行には1～2週間かかります。

## 《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