

「介護マーク」交付（再交付）申請書

申請日 年 月 日

● 申請者

※太線の枠内のみご記入ください

住所			
氏名			
電話番号			
介護・支援 を受ける方 との関係			

● 介護・支援を受ける方

※太線の枠内のみご記入ください

住所	□申請者と同じ		
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日		
状況	介護 ・ 障害 ・ その他（ ）		
利用目的			

内容に偽りはありません。介護者の支援時にのみ使用することを誓約いたします。マークは適正に管理し、無断で複製等しません。不要となった場合、各自で処分をします。

署名

市 記 入 欄	配布日	年 月 日	配布番号	
	配布場所	☐ 地域福祉課 ☐ (中部・東部・西部) 地域包括支援センター		

事業者用

「介護マーク」交付申請書

申請日 年 月 日

● 事業所

※太線の枠内のみご記入ください

事業所名	
住所	
担当者名	
利用目的	

市 記 入 欄	配布日	年 月 日	配布番号	
	配布場所	☐ 地域福祉課		