

介護マーク交付申請書

年 月 日

(提出先)

羽 生 市 長

次のとおり介護マークの交付を申請します。

| | | | | |
|-----|------|-----|---------------|----|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 続柄 |
| | 氏名 | | 年 月 日 (歳) | |
| | 住所 | 連絡先 | | |

| | | | | |
|---------|---------|---|---------------|-----|
| 介護を受ける方 | フリガナ | | 生年月日 | 性別 |
| | 氏名 | | 年 月 日 (歳) | 男・女 |
| | 住所 | 連絡先 | | |
| | 要介護認定状況 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 () | | |
| | 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級 | | |
| | その他 | ※上記に該当しない方は、介護マークが必要となる理由を記入して下さい | | |

※利用にあたって、下記事項に留意します。

○本来の目的以外には、使用しません。

※配布者記入欄

| | |
|-------|--|
| 使用者確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 配付番号 | |
| 配布日 | 年 月 日 |
| 備考 | |