

別記第1号様式（第3条、第6条関係）

介護マーク名札配布（再配布）申請書

年 月 日

芦別市長

様

申請者 住所
氏名
電話番号 - -
要介護者との関係
()

下記のとおり、介護マーク名札の配布を申請します。なお、この申請に当たり、申請者及び下記に記載した介護を要する方の介護情報、障がいの情報等介護マーク名札配布の必要性を判断するために必要な情報を調査、取得することについて同意します。

申請者氏名 ㊞

介護を要する方の氏名 ㊞

名札を利用する方	氏名		男・女
	住所		
	電話		
	携帯電話		
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
介護を要する方	氏名		男・女
	住所		
	電話		
	携帯電話		
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
介護区分	1 介護認定がある（区分） 2 障害者手帳がある（） 3 その他（）		
交付番号	No.		
紛失理由			
備考			

※ 介護マーク名札の必要がなくなったときは、速やかに介護高齢課高齢者支援係に返却してください。

※ 介護マーク名札は、介護をしている方が、介護を行っていることを周囲に理解しやすくさせ、介護環境の向上を図る目的で作られています。目的以外での利用は禁止しています。