介護マーク利用申請書

　　年　　月　　日

毛呂山町長　あて

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

介護等を要する方との関係

下記の者の介護等のため介護マークの交付を申請します。

　（介護等を要する方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　　　　所 | 〒 | | |
| 氏　　　　　名 |  | 性　　　別 | 男 ・ 女 |
| 生　年　月　日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 電　話　番　号 |  | | |
| 要介護認定状況 | □未申請　□申請中　□要支援（１・２）　□要介護（　　　） | | |
| 障害者手帳交付 | □身体障害者手帳 （　　　　　　　）□療育手帳（　　　　　）  □精神障害者保健福祉手帳（　　　　　　　） | | |

　（町記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 交　付　番　号 |  |
| 備　　　　　考 |  |