

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	<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（ ）		
障害者手帳交付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ ）		

(町記入欄)

交 付 番 号	
備 考	