

様式第1号（第3条関係）

「介護マーク」交付申請書

平成 年 月 日

（あて先）日高市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
介護を要するかたとの関係
（ ）

次のとおり日高市「介護マーク」の交付を希望します。

（介護を要するかた）

住 所	日高市		
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（ ） <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（ ） <input type="checkbox"/> 無		

配 布 場 所	<input type="checkbox"/> 長寿いきがい課 <input type="checkbox"/> （ ）地域包括支援センター	交付番号	No.
備 考			