

介護マーク交付申請書

年 月 日

豊明市長 殿

住 所

利用者氏名

電話番号

下記介護受給者の介護のため、介護マークの利用を申請致します。

記

介護受給者氏名

介 護 度 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

生 年 月 日

続 柄

※介護マークの利用にあたっては、下記事項を遵守いたします。

- 1 本来の目的(介護中であることを周囲に理解してもらうため)以外には利用しません。
- 2 配布された介護マークは適正に管理し、複製等はしません。
- 3 介護マークを利用する必要がなくなった場合は、処分します。