

滝川市介護マーク交付申請書

令和 年 月 日

滝川市長 前田 康吉 様

申請者（介護マーク利用者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり「介護マーク」の交付について申請します。

介護 を 受 け る 方	住所	滝川市 町 丁目 番 号 番地		
	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	介護の必要状況	高齢者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> その他 障がい者 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他		

<p><b>【同意事項】</b></p> <p>1. 介護マークを本来の目的以外に使用しません。</p> <p>2. 介護マークが不要になった場合は、速やかに返却します。</p>
---

<p><b>【交付の可否】</b> <input type="checkbox"/> 可 令和 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 否</p>
--

受付 印	
---------	--