

蒲 郡 市 介 護 マ ー ク 申 請 書

年 月 日

蒲郡市長 様

(介護マークを使用する人)
 申請者 住所 (〒 _____)

 氏名

 電話

介護・支援を受ける方との関係 (_____)

蒲郡市介護マークの使用につき申請します。なお不用になった場合は返却します。

介護・支援を受ける方	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和		電 話 番 号
		年	月	日
	住 所			
状 態	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 高齢者 ・ 障害者 ・ その他(症状: _____)			
提出代行事業者	事業者名		提出者名	

配布番号: _____

受付 _____