様式第1号(第3条関係)

年　　月　　日

　丸　亀　市　長　　宛

丸亀市介護マーク名札交付申請書(個人)

申請者　　　住　所

氏　名

連絡先

　下記の者の介護のため丸亀市介護マーク名札の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 申請理由  (該当箇所を○で囲む) | 1　介護保険要支援認定・要介護認定を受けている  2　身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の交付を  受けている  3　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望枚数 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 交付番号 | 交付日 | 交付枚数 | 備考 |
|  |  |  |  |