

(様式2)

介護マーク借受申請書

令和 年 月 日

(貸出機関)

長浜市役所 長寿推進課 あて

借受者 住所

氏名

(電話 ー)

介護・支援を受ける人との関係

()

長浜市介護マークの借受を申請します。

介護・支援を受ける人	氏名			
	住所	長浜市 町 番地	番号	電話番号
				-
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
介護・支援が必要である理由	要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 しょうがい者 ・ その他(症状等:)			
貸出番号	No.	貸出枚数	枚	
備考				

【注意事項】

※ 申請者が介護サービス施設等で複数枚借受申請をする場合は、施設等で貸出番号の管理をしてください。

※介護マークの必要が無くなったときは、速やかに貸出機関に返却してください。