

(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 しょうがい福祉課 あて

借受者 住所

氏名

(電話)

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		電話番号
	生年月日		
	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。