

(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。