様式第１号

伊丹市介護マーク名札配布申込書

年　　月　　日

伊　丹　市　長　　様

申込者(介護をしている人)

住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）　　　　氏　　名

（要介護者との関係　　　　　　）

下記のとおり，伊丹市介護マーク名札配布を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな要介護者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 伊丹市 |
| 生年月日 | 　　年　　　　月　　　　日 |
| 介護の状況 | 該当するものに○１．介護認定【要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５】２．障害者手帳保持３．認知症（疑いを含む）４．その他（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

**※以下，窓口記入欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付番号 | 伊･摂　稲･鴻　天･荻 笹･鈴花･昆　桜･池 神･有　緑･瑞 　──　　　　南　伊丹基幹　伊丹市 | 配布日　　年　　月　　日 |