「介護マーク」申請書

 下記により、「介護マーク」を申請します。

【主に介護・付き添いをされる方】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住 所 | 河北町 | 電話番号 |
| 氏 名 |  | 介護・支援を受ける方との続柄 |

【介護・支援を受ける方】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住 所 | 河北町 | 電話番号 |
| 氏 名 |  | 男 　･ 　女 |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　 |
|  | 要支援 （１・２） 要介護 （１・２・３・４・５）高齢者・障がい者・その他（症状： 　　　　 　　 　　　） |

 「介護マーク」の配付や、介護に関するお問合せは、河北町健康福祉課または、河北町地域包括支援センターへ

河北町　健康福祉課高齢者福祉係 電話 71-1801

河北町地域包括支援センター　　 　電話 84-6120