

介護マーク交付申請書

令和 年 月 日

碧南市長 殿

介護マークの交付を下記のとおり申請します。

申請者 (交付対象者)	住 所	碧南市			
	氏 名				
	介護・支援を受ける方との関係		電話番号		
介護・支援を受ける方	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 碧南市			
	氏名				
	生年月日	T · S · H	年	月	日
	性別	男 · 女	電話番号		
	区分	1 要介護認定がある(要支援・要介護) 2 障害認定がある(身体・精神・療育 級) 3 その他()			

代筆者 住所 (申請者と同じ)

氏名

電話 (申請者と同じ)

(申請者との続柄)

(代筆理由)

介護マーク受領欄	介護マーク受領書	
	介護マークを受領しました。	
令和 年 月 日		
碧南市長殿		
受領者氏名 (申請者との続柄)		

委任状
(別世帯の方が交付申請、受領をする場合、提出が必要です。)

令和 年 月 日

受任者
(手続きを行う者)

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- 委任事項 : 介護マーク交付申請及び受領手続き

委任者
(事業の対象者)

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : 大正・昭和 年 月 日

電話番号 : _____

※市処理欄	配布日 (令和 年 月 日) 配布場所 (<input type="checkbox"/> 高齢介護課 <input type="checkbox"/> 福祉課 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター) 交付No. : 宛名番号 :			
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()			
本人確認 書類	2 点 (イ)	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	2 点 (ウ)	<input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他()		

※ 顔写真のある公共団体が発行した証明書は1枚(ア)、顔写真のないものは(イ)から2枚、もしくは(イ)・(ウ)から1枚ずつ確認する。顔写真のない証明書が1枚しかない場合は、本人のみが知りうる事項の聴き取りによる本人確認を合わせて行う。