

(表)

様式第1号 (第5条関係)

交付 No	—
----------	---

「介護マーク」(新規・再交付)申請書

年 月 日

久喜市長 あて

申請者 住所

氏名

次のとおり、「介護マーク」の申請をします。 ※太枠内をご記入ください

介護を受ける方	フリガナ		生年	T S H	
	氏名		月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)	
	区分	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )			
住所	〒 —				
	久喜市			電話 ( )	
利用者	フリガナ		続柄	生年	T S H
	氏名			月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 —			電話 ( )

【同意事項】

私は、介護マークについては、本来の目的以外には利用いたしません。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

備考	
----	--

(裏)

### 介護マークの利用目的

介護する方が周囲から偏見や誤解を受けないよう介護マークを提示したり、カード入りのケースを首からかける等して活用し、介護者であることを知ってもらうことで、精神的な負担を軽減することを目的としています。

(活用例)

- ① 介護していることを周囲に知ってもらいたいとき。
- ② 駅やサービスエリアなどのトイレで付き添うとき。
- ③ 男性介護者が女性用下着を購入するとき。
- ④ 病院で診察室に入る際、一見介助が不要に見えるのに二人で入室するとき。