

認知症ヘルプマーク交付（再交付）届出書

年 月 日

春日井市地域共生推進課 宛て

認知症ヘルプマークの交付をお願いします。

【認知症ヘルプマークを使用する方】

住 所	
氏 名	
生年月日	
該当区分 いずれかに○	1 認知症もしくは認知症の疑い（若年性認知症を含む）のある方 2 行方不明になる恐れのある方 3 その他（ ）
備 考	

【ご家族等の連絡先】

氏 名		続 柄	
電話番号			

【配布先記入欄】

配布日	年 月 日	
配布場所	1 地域共生推進課 2 地域包括支援センター（ ）	

*地域包括支援センターで配布した際は、書類を地域共生推進課に提出してください。