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。