

第1号様式（第6条関係）

認知症ヘルプマーク作成・活用申請書

申請日 年 月 日

1	団体等名	
2	担当部署	
3	担 当 者	
4	連 絡 先	TEL: Mail:
5	作成目的 使用目的	
6	作 成 物 使 用 物	

提出物 件名に「認知症ヘルプマーク作成・活用報告について」と記載してください。

大府市役所 福祉部 高齢障がい支援課 高齢福祉係

TEL 0562-45-6289

FAX 0562-47-3150

E-Mail kourei-shougai@city.obu.lg.jp

第2号様式（第7条関係）

認知症ヘルプマーク作成・活用決定通知書

年 月 日

様

大 府 市 長

年 月 日付けで申請のありました認知症ヘルプマークの利用について、認定しましたので通知します。

第3号様式（第7条関係）

認知症ヘルプマーク作成・活用申請却下通知書

年 月 日

様

大 府 市 長

年 月 日付けで申請のありました認知症ヘルプマークの利用について、却下
しましたので通知します。