

介護マークを交付します。



介護マーク

(外出先でこのマークを見かけたら、温かく見守って下さい。)

・首から掛けられるようケースに入っています。

### 介護マークとは

認知症の方などの介護は、周りの人から見ると介護していることが分かりにくいいため、介護中に公共のトイレを利用する際や買い物などをする際に誤解や偏見を持たれることがあります。

そのため、静岡県が平成23年4月に介護マークを作成しました。その後、厚生労働省から全国への呼びかけもあり、現在、全国の自治体で介護マーク普及に向けた取り組みが進んでいます。

三豊市では、地域における日常的な支え合い体制を構築し、高齢者や障害のある方を介護する方が、安心して暮らせるまちづくりを推進するため、香川県で初めて取り組むこととしました。

外出先でこのマークを見かけた際には、温かく見守り、可能であれば手助けをする等、ご理解・ご協力をお願いいたします。

### 介護マークを利用する場面(例)

- ・介護していることを周囲にさりげなく知ってもらいたいとき
  - ・駅などの公衆トイレで付き添うとき
  - ・男性介護者が女性用下着を購入するとき
- など

障がいのある方を介護する方も「介護マーク」をご活用ください。

### 介護マークの交付対象者

- ・市内在住の認知症高齢者等や障がい者を介護している介護者で介護マークが必要な方

### 交付場所

介護保険課(電話73-3017)・福祉課(電話73-3015)

※交付申請が必要です。

## 三豊市介護マーク名札交付事業実施要綱

### (目的)

第1条 この告示は、認知症等の高齢者、障害者等を介護している者に対し、介護マーク名札（以下「名札」という。）を交付することにより、周囲の者に介護中であることの理解を促すとともに、介護環境の向上を図ることを目的とする。

### (対象者)

第2条 この事業の対象者は、次の各号のいずれかに該当し、市の区域内に住所を有する者を介護しているもの又は市の区域内に設置されている老人介護施設、障害者施設、介護事業所、福祉ボランティア団体等（以下「施設等」という。）とする。

- (1) 介護保険要介護認定を受けている者
- (2) 障害者手帳の交付を受けている者
- (3) 前2号に掲げる者に準ずるものと市長が認める者

### (申請)

第3条 名札の交付を受けようとする者は、介護マーク名札交付申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 施設等が名札の交付を受けようとする場合は、介護マーク名札交付申請書（様式第2号）を市長に提出しなければならない。

### (名札の交付)

第4条 市長は、前項の規定による申請があった場合は、その内容を精査し、適当であると認めたときは、当該申請をしたものに対し名札を交付する。

### (名札の管理)

第5条 前項の規定により名札の交付を受けたものは、善良な管理者の注意をもって管理し、適切に使用しなければならない。

### (費用負担)

第6条 名札は、無償で交付する。

### (交付枚数)

第7条 名札の交付枚数は、個人の場合は介護が必要な者1人につき1枚とし、施設等の場合は1施設につき5枚までとする。ただし、施設等に交付する場合は、施設等の施設規模を考慮して交付枚数の上限を変更することができるものとする。

る。

(返却)

第8条 名札の交付を受けたものは、名札が不要となったときは、市長に返却しなければならない。

(その他)

第9条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成26年6月1日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

三豊市長 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊟  
電話番号  
介護を必要とする方との関係  
( )

介護マーク名札交付申請書

下記のとおり三豊市介護マーク名札の交付を申請します。

(介護等を要する方)

住 所	三豊市		
氏 名		性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日		
電 話 番 号			
要 介 護 認 定 状 況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )		
障 害 者 手 帳 交 付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( ) <input type="checkbox"/> 無		

(市記入欄)

交 付 場 所	<input type="checkbox"/> 介護保険課 <input type="checkbox"/> 福祉課	交付番号	No.
備 考			

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

三豊市長 様

申請者 所在地

名称

代表者氏名

㊟

電話番号

介護マーク名札交付申請書

下記のとおり三豊市介護マーク名札の交付を申請します。

施設所在地	三豊市
施設名	
電話番号	
必要枚数	枚

（市記入欄）

交付場所	<input type="checkbox"/> 介護保険課 <input type="checkbox"/> 福祉課	交付番号	No.
備考			