

## 本庄市介護マーク貸出事業利用変更届

年 月 日

(あて先)

本 庄 市 長

介護を受ける方	フリガナ		男・女	生年月日	M T S H 年 月 日 ( 歳)
	氏名				
	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 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護( )			
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A B C ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級			
住所	〒 -			TEL ( )	
(介護マーク利用者) 介護をする方	フリガナ		続柄	生年月日	T S H 年 月 日 ( 歳)
	氏名				
	住所	〒 -			TEL ( )

変更事由	1 返却 <input type="checkbox"/> 死亡 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 転出 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 施設入所・長期入院 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他 2 紛失 ・ 日時 ( 年 月 日 時頃 ) ・ 場所 ( ) ・ 不明 ) 3 再発行 <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし
------	--

**【同意事項】(紛失・再発行の際、以下に記入)**

私は、紛失した介護マークが見つかった場合には、速やかに本庄市役所介護保険課、児玉総合支所市民福祉課または地域包括支援センターに返却します。  
 介護マークの再発行にあたり、私は申請時に署名した介護マークの同意事項を遵守します。

上記の件について同意します。

利用者氏名

市・包括記入欄	使用者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )
	現在の貸出番号	新しい貸出番号

《備考》