

年 月 日

小美玉市長 様

申請者 住所
氏名
電話 印

移動支援事業利用者登録申請書

次のとおり移動支援事業利用者登録の申請をいたします。

なお、本申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者の氏名		申請者との続柄		生年月日		生	
身体障がい者 手帳番号		療育 手帳番号		精神保健福祉 手帳番号			
障がい名				障がいの等級等			
疾患名		<small>(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)</small>					
他利用 サービスの 状況	障がい福祉 サービス等	障害支援 区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効 期限	自 年 月 日 至 年 月 日	
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ()	要介護 1 2 3 4 5	
移動支援の 家族 の種類 及び等	移動支援の 種別	<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し					
	家族構成 (対象者を除く)	世帯主	氏名	生年月日	職業等	対象者との続柄	
		世帯員					
<input type="checkbox"/> 利用料の免除申請欄(いずれかに○をつけること。)					市役所記載欄 全額免除 ・ 免除不可		
1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯							
備考							