

移動支援事業利用申請書

鞍 手 町 長 殿

下記のとおり申請します。

なお、移動支援事業利用申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料等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。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正
	氏名			昭和 年 月 日
	居住地	〒 鞍手郡鞍手町大字		
	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
	支給申請に係る 児童氏名		続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号
疾病名				

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5		
	利用中のサービスの種類と内容等					
申請する支援の種類・	<input type="checkbox"/> 個別支援型（身体介護あり）		<input type="checkbox"/> 個別支援型（身体介護なし）			
	利用希望事業者	有・無	（事業者名）			
	（内容）					
所得区分	生活保護 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 一般					
年金・手当等	無	有（種類）				
備考						