

上天草市障害者移動支援事業利用登録申請書

年 月 日

上天草市長 様

申請者 住 所
氏 名

印

次のとおり移動支援事業の利用登録を受けたいので、上天草市障害者移動支援事業実施要綱第8条の規定により申請します。

なお、移動支援事業利用登録申請の決定のため、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。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
フリガナ	住所	上天草市	電話番号	()
	決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日
			続柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	
更生相談所、児童相談所等の判定・診断の有無		有 ・ 無 (判定機関名) (判定年月日 年 月 日)			

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	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				
種類・内容の申請する支援の内容	種別	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> 車両移送型		<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護なし		
	内容					