

第1号様式

町田市障がい者等移動支援事業利用申請書

年 月 日

町田市福祉事務所長 様

町田市障がい者移動支援事業実施要綱第5第1項の規定に基づき、移動支援事業の利用を申請します。また、町田市福祉事務所長が、この申請に必要な私の個人情報を調査・利用することに同意します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名			
	居 住 地	〒		
フリガナ		生 年 月 日		
申請に係る 児 童 氏 名			続 柄	
身体障害者 手帳番号		愛の手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号

サービスの 利用状況	自立支援法 のサービス (介護給付)	障害程度区分	未認定・非該当・1・2・3・4・5・6
		要介護度	未認定・自立・要支援()・1・2・3・4・5
	介護保険 のサービス		