

移動支援事業利用登録申請書

年 月 日

菊陽町長 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申請します。

申請者	フリガナ											生年月日		
	氏 名													
	個人番号													
	住 所	〒										電話番号		
フリガナ												生年月日		
決定に係る 児童氏名														
個人番号												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 昭・平 年 月 日)										
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												
類 の る ・ 支 内 種 援	種 別	身体介護有り		月 時間		身体介護なし		月 時間						
	内 容													