

様式第1号(第6条関係)

岡谷市障害者等移動支援事業利用申請書

岡 谷 市 長 殿

下記のとおり岡谷市障害者等移動支援事業の利用を申請します。

なお、この利用申請の決定のために、私及び私の世帯の課税情報、住民情報等を閲覧することを承諾します。

記

申請年月日 年 月 日

申請者 (本人又は保 護者)	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名	㊟			
	居住地	〒			電話番号
フリガナ		支給申請に係る 児童氏名	生年月日	平成	年 月 日
			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 (難病)			

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 1 2 3 4 5 6	有効 期間	
		利用中のサービスと内容等				
介護保険		要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2 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・内容	移動支援	<input type="checkbox"/> 身体介護 有 <input type="checkbox"/> 身体介護 無		利用希望量 ()時間/月		
	内 容					