

日出町長 様

日出町移動支援事業利用申請書

日出町移動支援事業実施規則第5条の規定により、下記のとおり申請します。

尚、この申請につき、日出町長が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。

記

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
		居 住 地			電話番号
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	申請に係る 児 童 氏 名				
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	

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 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				
支援の種類・内容	種 別	☐ 個別支援型			☐ 身体介護有り	
		☐ グループ支援型			☐ 身体介護無し	
	内 容					
希望する事業所						
世帯員の状況	氏 名	続柄	生年月日	備 考		
世帯範囲の特例に関する認定		下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。				

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		