

移動支援事業利用申請書

年 月 日

竹田市福祉事務所長 様

移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	住所			
	氏名		電話番号	
	申請に係る児童			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
障害程度等	身体障害者手帳	第	号	種 級
	療育手帳	第	号	(A1 A2 B1 B2)
	精神障害者保健福祉手帳	第	号	級
	疾病名			
サービス利用の状況	介護給付費 訓練等給付費			
	介護保険	要介護度( )		
	地域生活 支援事業			
希望内容	利用形態	<input type="checkbox"/> 個別支援型	<input type="checkbox"/> グループ支援型	
	事業所			
	利用時間	( )時間/月・日	利用年月日	年 月 日
	利用目的		利用時間	: ~ : まで
減免	身体介護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	利用人数	( )人
			目的地	
所得区分	1 生活保護世帯	2 市民税非課税世帯	申請者年収	円
	3 市民税課税世帯			
減免	<input type="checkbox"/> する	本人資産等の額	円	
		配偶者資産等の額	円	
	<input type="checkbox"/> しない			

移動支援事業の支給決定に係る所得等の調査について同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

配偶者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人以外 続柄( )
氏名	_____ ㊟	連絡先 _____
住所	〒 _____	