

様式第3号（第7条関係）

障害者移動支援事業支給申請書

年 月 日

川島町長 様

申請者 住所  
氏名 氏名 印

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	川島町	電話番号	( )
フリガナ		生年月日	年 月 日	
決定に係る		続柄		
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
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)			

状況	他のサービス利用の有無	障害福祉サービス	障害程度区分	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					
申請する内容	種別	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					
申請する内容	種別	身体介護有り	月 時間	身体介護なし	月 時間		
		内容					

同意書

川島町移動支援事業の利用決定にあたり、必要がある時は私及び私の世帯員の町民税の課税状況について、担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

年 月 日

住所

氏名

印

川島町長 様