

※記入例

障害者移動支援事業支給申請書

年 月 日

川島町長 様

※障害者本人または保護者

申請者 住所 川島町大字平沼1175
氏名 川島 太郎 印 ※押印

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	カワジマ タロウ	生年月日	昭和○年 △月 □日	
	氏名	川島 太郎			
	住所	川島町大字平沼1175		電話番号	049(297)1811
フリガナ			生年月日	年 月 日	
決定に係る 児童氏名	※18歳未満の児童の場合記入		続柄		
身体障害者 手帳番号	※手帳番号を記入	療育手帳 番号	※手帳番号を記入	精神保健福 祉手帳番号	※手帳番号を記入
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	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	H22.3.31
	※受けてい る場合記入	利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護、短期入所				
	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	
の申 請す る支 援 内 容	種別	身体介護有り	月 5時間	身体介護なし	月 5時間	
	内容	※利用目的等を記入				

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。

平成○年 △月 □日

住所 川島町大字平沼1175

氏名 川島 太郎 印 ※押印

川島町長 様