

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 あて

住 所

申請者

氏 名

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	()
決定に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
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 年 月 日)			

他のサ ービス 利用	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				
	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 支 援 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			
川島町長 あて						