様式第１号

移動支援事業利用登録申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">利用者</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ
氏　名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生　年　月　日
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">長井市　　TEL
（　　―　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">手帳等</td><td colspan="5">☐　身体障害者手帳番号　　山形県第　　号
等級　　級　（　　種）</td></tr>
<tr><td colspan="5">【障　害　名】　　による
機　能　障　害</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐　療 育 手 帳　（　　第　　号）</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐　精 神 保 健 福 祉 手 帳　１級（　　第　　号）</td></tr>
<tr><td colspan="2">生活保護法による保護受給の有無</td><td colspan="4">生活保護法の適用を
（　受けている　・　受けていない　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">利　用　の　主　た　る　目　的</td><td colspan="4">通院・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">通所サービス利用のための場合</td><td colspan="4">事業所名：
サービス内容：</td></tr>
<tr><td colspan="2">利　用　予　定　日　数</td><td colspan="4">月　　回　または週　　回</td></tr>
<tr><td colspan="2">利　用　開　始　予　定　月　日</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

長井市福祉事務所長　　宛

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所　長井市

氏　名　　㊞

（利用者との関係：　　）