

年 月 日

長井市長 宛

長井市移動支援事業利用申請書

以下のとおり申請します。利用決定にあたり、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請者	フリガナ		性別	男・女	生 年 月 日	利用者との関係
	氏 名				年 月 日	
	住 所	〒 長井市 TEL (—)				
利用者	フリガナ		性別	男・女	生 年 月 日	利用者との関係
	氏 名	□申請者と同じ			年 月 日	
	住 所	〒 長井市 TEL (—)				
手帳等	☐ 身体障害者手帳番号 山形県第 号 等級 級 (種)					
	【障 害 名】 による 機 能 障 害					
	☐ 療 育 手 帳 (第 号)					
	☐ 精神障害者保健福祉手帳 1級 (第 号)					
生活保護法による保護受給の有無			生活保護法の適用を (受けている ・ 受けていない)			
利 用 す る 支 援			☐ 個別支援型 ☐ 通所支援型 (通所先:) ☐ 通学支援型 (通学先:)			
利 用 予 定 事 業 者						
利 用 予 定 日 数			月 回 または 週 回			
利 用 開 始 予 定 月 日			年 月 日			

※申請者と利用者が同一人物の場合は、利用者欄は記入不可。