様式第１号（第７条関係）

那珂市障がい者移動支援事業利用申請書

年　　月　　日

　那珂市福祉事務所長　　様

申請者　住所

氏名

個人番号

電話番号

利用者との続柄　（　　　　　）

　障がい者移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 所持する手帳又は診断名 | 第　　　　　　　　号（級又は判定）　　　　 |
| 生年月日 | 　 |
| 個人番号 |  |
| 利用希望事業所 | 　 | 利用希望時間数 | 時間／月　　 |
| 　 | 利用希望時間数 | 時間／月　　 |
| 　 | 利用希望時間数 | 時間／月　　 |
| 身体介護の別 | 有　　・　　無 |
| 世帯の状況 | 氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 個人番号 | 緊急連絡先 |
|  | 父 |  |  |  |
|  | 母 |  |  |  |
|  | 配偶者 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申請の理由 |  |
| 調査同意 | 市町村民税課税状況について担当者が調査することに同意します。署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備考 | 　 |