

移動支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
居住地	〒			
		電話番号		
児童氏名	フリガナ			生 年 月 日
				年 月 日
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号

他のサービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	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	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				
支援の内容						

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ氏名			申請者との関係
住所	〒	電話番号	

\_\_\_\_\_