

日南町障害者移動支援事業費支給申請書

年 月 日

日南町長 様

日南町移動支援事業実施要綱第 8 条第 1 項の規定に基づき次のとおり申請します。
 移動支援利用決定のため、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 氏 名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 鳥取県 電話番号		
支給申請に係る 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		精神障害者保健 福祉手帳番号

サービス利用の 状況	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 サービス 内 容		<input type="checkbox"/> 個別移動支援			<input type="checkbox"/> 身体介護を伴う <input type="checkbox"/> 車両移送を伴う <input type="checkbox"/> 身体介護を伴わない	
備考						

○添付書類 利用を希望する対象者の属する世帯が市町村民税非課税である場合、障害年金等、工賃証明、特別児童扶養手当等が確認できるものを添付すること。