

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

移動支援事業利用申請書

豊後高田市長 様

豊後高田市障がい者移動支援事業実施要綱第4条の規定により下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	居住地	電話番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日		
支給申請に係る児童氏名				続 柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	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					
申請する支援の種類・内容	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					
申請する支援の種類・内容	種 別	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> その他 (内容)			<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し	
	内 容					