

様式第2号(第6条関係)

年 月 日

豊後高田市車両移送型障がい者移動支援事業利用申請書

社会福祉課長 様

豊後高田市車両移送型障がい者移動支援事業実施要綱第6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			
手帳種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	級・程度		手帳番号	

利用申請する内容	用途	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()	申請額	円
	内容			

申告書及び同意書

利用申請に際し、認定に必要な私(世帯)にかかる所得等の調査について同意します。

また、申請者の状況について以下のとおり申告します。

- 自動車税の減免
- 軽自動車税の減免
- 有料道路の割引

以上の減免・割引を受けておりません。虚偽の申請があった場合は遡って決定を取り消す場合もあることについて同意します。

年 月 日

申請者