様式第１号(第５条関係)

東海村障害者等移動支援事業利用申請書

年　　月　　日

東海村長　　　　　　　様

申請者　　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

電話番号

利用者との続柄(　　　　)

　東海村障害者等移動支援事業を利用したいので，東海村障害者等移動支援事業実施要綱第５条の規定により，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 〒　　　― | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |
| 性別 | 男・女 | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 手帳番号 | 第　　　　号 | | | | | 診断名 | | | | |  | | | | |
| 等級・判定 |  | | | | |
| 利用希望事業所 | |  | | | | | 利用希望時間 | | | | | 時間／月 | | | | |
| 身体介護の別 | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | 氏名 | | | | | 続柄 | | | | 電話番号 | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 課税状況の調査への同意 | | 村民税の課税状況について，村長が調査することに  □　同意します。  □　同意しません(課税状況を確認できる書類を添付します。) | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | |