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 |  |