

東海村障害者等移動支援事業利用申請書

令和 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						生 年 月 日						
	手 帳 番 号	茨城県 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。)											

【村記入欄】身体介護の有無について、次の事項の聞き取り等を実施すること。

歩行	全面支援	移乗	見守り等・部分支援・全面支援	移動	見守り等・部分支援・全面支援
排尿	部分支援・全面支援	排便	部分支援・全面支援		