

恵庭市長 様

申込者

住 所

氏 名

電話番号

(利用者との関係)

恵庭市移動支援事業利用申込書

次のとおり、移動支援事業の利用を申込みます。

審査事項の 確認方法	<input type="checkbox"/> 自分で証明書(住民票・課税証明書)を用意して添付する。 <input type="checkbox"/> 市で住民基本台帳、課税台帳を閲覧し調査することに同意する。			
利 用 者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日	電話番号	—
	手帳番号	第 号	障害程度	種 級 A・B
	障 害 名			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 生活保護 (世帯区分は自立支援法に準じた区分)			
申請理由				
希望する 派遣時間	1か月当の派遣時間 時間			
主たる介護者 または緊急 連絡先	氏 名		年齢	歳
	住 所			
	電話番号	— —	本人との関係	

移動支援事業を利用する為に必要があるときは、利用決定に係る調査内容、診断書及び意見書並びに療育手帳、身体障害者手帳、精神保健福祉手帳の写しを事業受託者に提示することに

(※どちらかに○を付けて下さい。)

同意する ・ 同意しない

利用者又はその保護者氏名

※下の欄は記入しないでください。

決 裁	部 長	次 長	課 長	主 査	ス タ ッ プ	合 議	審査の結果、次のとおり決定して宜しいか伺います。		
							決定	却下	年 月 日