

別記様式第1号（第5条関係）

（表）

登別市障害者移動支援事業利用申請書

登別市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日生
	氏名	個人番号（ ）			
	居住地	〒 電話番号			
児童	氏名				
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号	

申請するサービスの種類等	利用中のサービス状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
		施設サービス	利用中の施設名等			
		介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5
			利用中のサービスの種類と内容等			
	希望するサービス内容	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> グループ支援（下記の活動内容欄に事業内容等を記載ください。） グループ活動内容  ＊グループ支援の場合は、利用障害者氏名等を裏面の世帯構成（利用者氏名）欄に記載ください。（続柄欄は斜線で抹消ください。）				

(裏)

住所	登別市 町 丁目		番地	電話番号		
	氏 名	続柄	性 別	生年月日	職 業	備考
世帯構成 (利用者 氏名)		本人	男 女			
			男 女			
			男 女			
			男 女			
			男 女			
			男 女			
			男 女			
			男 女			
			男 女			
			男 女			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ	-----		申 請 者
氏 名			との関係
住 所	〒  電話番号		

この申請の内容確認のため、私の世帯の住民基本台帳の閲覧及び 年度住民税課  
税状況について調査することに同意します。

年 月 日

申請者氏名

印