

山添村障害者移動支援事業利用申請書

山添村長 様

申請者 （記名押印又は署名）

住 所

氏 名

㊟

下記のとおり山添村障害者移動支援事業の利用を申請します。

なお、利用者負担上限月額認定のため、利用者及び配偶者並びに同一世帯に属する者の村民税課税状況等について、山添村が確認することに同意します。また、利用者負担上限額管理のため、事業利用等について山添村からサービス提供事業所・施設に情報提供することに同意します。

記

利用者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号	
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	利用申請に係る児童氏名			続 柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等					
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5		
利用中のサービスの種類と内容等							
申請する支援の内容（用途）							