

様式第1号（第5条関係）

移動支援事業利用申請書

年 月 日

三次市長 様

(申請者) 住所  
 氏名  
 (対象者との続柄 )  
 電話

次のとおり移動支援事業を利用したいので申請します。

また、この事業の給付決定のため、私の世帯の課税状況等を閲覧することに同意します。

フリガナ				生年月日	
利用者氏名				男・女	年 月 日
利用者住所	〒 三次市  電話番号 ( )				
障害者手帳	身体障害者手帳	障害の程度	級 種		
		障害種別	視覚・肢体・その他 ( )		
	療育手帳	障害の程度	㉠・A・㉡・B		
	精神障害者 保健福祉手帳	障害の程度	級		
世帯状況 (利用者以外)	氏名	続柄	年齢	市民税 (所得割額)	備考
				無・有 ( 円)	
				無・有 ( 円)	
				無・有 ( 円)	
利用目的	買い物の付添・イベントへの参加・公的機関への外出 その他 ( )				
利用予定時間数	月 時間 (1回あたり 時間程度)				
希望事業所名					
備考					