

菊池市移動支援事業利用登録申請書

住所
申請者
氏名
印

次のとおり移動支援事業の利用登録を受けたいので申請します。

申請者	フリガナ								
	氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	居住地	〒							
								電話番号	— —
	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	支給申請に係る障がい児氏名		続柄						
	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	
	疾病名								
	更生相談所、児童相談所等の判定・診断の有無	有 ・ 無 (判定機関名) (判定年月日 昭・平 年 月 日)							

他のサービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障害支援区分の認定	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				
	介護保険サービス	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				
申請する内容の支援の	種別	身体介護有り	月	時間	身体介護なし	月 時間
	内容					
	利用予定事業所					

申請するにあたっては、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他については、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

氏名 印