

清水町障害者移動支援事業利用登録申請書

年 月 日

清水町長 様

(利用者が児童の場合、保護者氏名)

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 - - _____

清水町障害者移動支援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

また、申請にあたり次の事項に同意します。

- (1) この申請に関する世帯状況及び課税状況等について関係機関に調査・報告を求めること。
- (2) 登録名簿に記載した利用承認内容を実施法人等に情報提供すること。

記

利用者	ふりがな			
	氏名	生年月日 年 月 日		
	住所			
手帳情報	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	
	第 号	第 号	第 号	
利用希望内容等	利用したい内容や利用頻度			
	利用を希望する事業所等			
緊急連絡先	氏名	続柄		
	連絡場所	連絡先		

* 添付書類 各障害者手帳の写し 所得証明書

* 町確認欄(申請者記入不要)

障害者手帳の確認	世帯の所得状況等による費用負担区分
() 身体障害者手帳	() 生活保護世帯
() 療育手帳	() 利用者及びその配偶者(利用者が障害児の場合は世帯主及び世帯員)の市町村民税が非課税世帯
() 精神障害者保健福祉手帳	() 市町村民税課税世帯(一般世帯)
サービス提供類型	() 身体介護有り
	() 身体介護無し