

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

永平寺町移動支援事業利用登録申請書

永平寺町長

永平寺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。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	福井県吉田郡永平寺町 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 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	

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				
申請する 支援の 種類・ 内容	介護保険	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援()・要介護()	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	種 別	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型 <input type="checkbox"/> 車両移送型			<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し	
	内 容					

