

様式第 1 号 (第 5 条関係)

障害者等移動支援事業利用申請書

年 月 日

ひたちなか市福祉事務所長 殿

申請者 住所
氏名
対象者との関係
電話番号 ()

障害者等移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏名				個人番号		
	住所						
	電話番号						
	保護者氏名 (利用者が18歳未満の場合)				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
	現在の状況 (障害内容)						
	希望時間数	月 時間					
家族の状況	氏名	続柄	生年月日	個人番号	職業	備考	
世帯の市町村民税課税状況 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割 <input type="checkbox"/> 所得割							
承諾書							
標記申請の手続上で必要があるときは、私及び同一世帯の扶養親族等の市民税の課税状況について、税務関係当局に照会を求めることを承諾します。							
年 月 日							
氏名 ※ 本人が自署しない場合は、記名押印してください。							