

移動支援事業利用申請書

高千穂町長 様

高千穂町移動支援事業実施規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地		電話番号	
申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神保健福祉手帳番号	

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 1 2 3 4 5	
		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	種別	<input type="checkbox"/> 個別支援型				<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し
		<input type="checkbox"/> グループ支援型				
		<input type="checkbox"/> 車両移送型				
内容						