

移動支援事業利用（変更）申請書

年 月 日

あま市長 様

移動支援事業を利用（変更）したいので、次のとおり申請します。

また、この申請に際し、私及び私の属する世帯の収入・資産に関する課税状況について調査・確認されることについて同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 障がい児氏名			
続 柄				
障害者手帳の状況		☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳		
申請に係る支給量		時間／月 身体介護 ☐ 有 ☐ 無		
利用予定事業所				
生活保護の受給		☐ 有 ☐ 無		
地域生活支援事業 の利用状況				
備 考				

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申請者との関係	
住 所	電話番号		