様式第1号(第4条関係)

瀬戸内市障害者等移動支援事業利用(変更)申請書

　　年　　月　　日

　　瀬戸内市長　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　次のとおり瀬戸内市障害者等移動支援事業実施要綱第4条の規定により申請します。

　この申請につき、市長が私又は私の世帯員の税務関係情報の調査を行うこと及び税務関係課長が回答することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | | |
| ふりがな |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 電話 |  |
| 利用希望施設 | |  | | | |
| 障害手帳の  種類と等級 | | ・身体障害者手帳(　　　　級)　　　　　・療育手帳(A・B)  ・精神障害者保健福祉手帳(　　　　級)　・手帳なし | | | |
| 障害種別 | | □視覚障害　　　□全身性障害　　　□知的障害　　　□精神障害 | | | |
| 障害支援区分 | | 非該当・1・2・3・4・5・6　(認定を受けている場合に記入してください。) | | | |
| 緊急連絡先 | | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 電話 |  | 続柄 |  |
| 備考  (変更事項) | |  | | | |