

様式第 16 号 (別記 5 の 4 関係)

志賀町移動支援事業利用申請書

令和 年 月 日

志 賀 町 長 様

次のとおり移動支援事業を利用したいので、志賀町地域生活支援事業実施要綱 (別記 5 の 4) の規定により申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	大正	
	氏 名	⑩		昭和	年
	居住地	電話番号			
	フリガナ		生年月日	平成	
	支給申請に係る 児童氏名			続 柄	年
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				
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				
	事業所	住所 名称				
	内 容					
<p>本申請に伴い、私の属する世帯の課税状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印</p>						