

地域生活支援事業（移動支援事業）利用申請書

赤 磐 市 長 様

次のとおり申請します。なお、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に同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	続柄	
	氏名		⑩			
	居住地	〒 電話番号				
	フリガナ		生年 月日	平成 年 月 日		
	利用申請に係る児童氏名					
障害者手帳の種類と等級	・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	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 全身性障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害					
障害支援区分	非該当 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 未申請					
(利用予定事業所)						

利用者負担額免除申請書

負担額免除に関する認定

下記の区分の適用を申請します。

(あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。)

1. 生活保護受給世帯
2. 市民税非課税世帯に属する者

居住地

氏名