

広陵町移動支援事業利用申請書

広陵町長 様

下記のとおり申請します。

届出者氏名 \_\_\_\_\_

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号( )		
	居住地	電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名			続柄	
身体障害者手帳	番号( ) 部位と等級	恒常的通院障がい者	<ul style="list-style-type: none"> <li>腎臓機能障害による人工透析治療を受けている者</li> <li>その他、恒常的通院障がい者</li> </ul> (※医師の診断書添付)	
療育手帳	番号( ) 判定 A B	精神保健福祉手帳	番号( ) 等級 1 2 3	

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	
	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
申請する支援の内容(用途)						
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯であるため、費用負担の減免を希望します。						

※裏面、町記入欄有

