

毛呂山町障害者移動支援事業利用登録申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

住 所
申請者
氏 名 ㊞

次のとおり毛呂山町障害者移動支援事業の利用登録を受けたいので申請します。なお、自己負担上限額の決定に際し必要のあるときは、対象者及び世帯員の住民税等の確認に同意します。

申請者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	電話番号 ()	
決定に係る 児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
		続柄	

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
更生相談所，児童相談所等 の判定・診断の有無 有・無 (判定機関名) (判定年月日 年 月 日)		

状況 他のサービス利用の	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	身体介護あり	月 時間	身体介護なし	月 時間
	内 容				