

第1号様式(第6条関係)

日野市移動支援事業利用申請書

(あて先) 日野市長

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号

下記のとおり、日野市移動支援事業の利用申請をします。

申請に当たり、利用者及び利用者の家族等の所得状況等についての調査に同意します。

フリガナ			
利用者氏名			
生年月日	年 月 日生		
住所	〒		
申請事由	1 身体障害者手帳を有するため		
	2 愛の手帳を有するため		
	3 精神障害者保健福祉手帳を有する 又は自立支援医療費の支給認定を受けているため		
	4 その他		
	就学中の方のみ(学校・年生)
身体介護の要否	必要 • 不要		
	氏名	生年月日	利用者との関係
世帯構成	世帯主		
	世帯員		

※市役所記入欄

支給期間	～	支給時間	
身体介護の要否	必要 • 不要		
行動障害点数	点		