

伊達市移動支援事業利用申請書

(宛名)伊達市健康福祉部長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号:		性別	男・女	
	居住地 (住民基本台帳上の住所等)	〒 ー 伊達市 町 番地 電話番号等( ) ー (自宅・職場・携帯・FAX)				
児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号:		性別	男・女	続柄 (申請者の)
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
障がいの状況等	<input type="checkbox"/> 視覚障がい(種 級) <input type="checkbox"/> 下肢又は体幹機能障がい(種 級) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 車椅子等の利用の有無(有 ・ 無)					

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分認定	有・無	区分1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要支援・要介護1 2 3 4 5	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
希望する利用目的等	※主な利用目的(外出等の用務)について□にチェックしてください。				※主な目的地・内容等について記載してください。		
	<input type="checkbox"/> 官公庁・金融機関等での諸手続 <input type="checkbox"/> 公的行事への参加 <input type="checkbox"/> 就労活動 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 会合・セミナー <input type="checkbox"/> 地域活動 <input type="checkbox"/> スポーツ・文化交流 <input type="checkbox"/> 趣味に関する外出 <input type="checkbox"/> 教養に関する外出 <input type="checkbox"/> その他( )						

同意書

- 上記申請書提出にあたり、伊達市が私の世帯の住民基本台帳等、調査に必要な公簿を閲覧することに同意します。
- サービスを利用するために必要があるときは、伊達市が、上記申請内容及び申請の際の聴き取り内容の全部又は一部を事業所の関係人へ提示することに同意します。

申請者本人氏名 \_\_\_\_\_ 印