

会津坂下町移動支援事業利用申請書

会津坂下町長 様

会津坂下町地域生活支援事業実施規則第 4 9 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地		電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	申請に係る 児童氏名			
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

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	
		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	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			
		<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型 <input type="checkbox"/> 車両移送型			<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し	
	内 容					