

様式第 3 4 号（第 8 4 条関係）

年 月 日

薩摩川内市長 様

移動支援事業利用申請書

移動支援事業を利用したいので、薩摩川内市地域生活支援事業実施要綱第 8 4 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この利用決定の審査に当たり、薩摩川内市長が課税状況等の必要事項を確認することに同意します。

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		
申請に係る障害者氏名	個人番号：				
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	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	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				
	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						
支援の種類・支給量	種 別	個別支援型		身体介護 ☐ 有 ☐ 無		
	支 給 量	時間／月				
申 請 の 理 由						