

障害者等移動支援事業利用登録申請書

令和 年 月 日

常陸太田市長 殿

<申請者>
 住 所 常陸太田市 町 番地
 氏 名
 （対象者との続柄）

次のとおり障害者等移動支援事業の利用登録を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏 名			年 月 日
	住 所	常陸太田市 町 番地		
		電話番号 ()		

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）			

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					
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					
種類・内容	種 別	身体介護有り	月 時間	身体介護なし	月 時間	
	内 容					

障害者等移動支援事業利用登録変更（廃止）届

年 月 日

常陸太田市長 殿

申請者 住 所
氏 名

障害者等移動支援事業の利用登録に係る変更・廃止を次のとおり届け出ます。

登録者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	常陸太田市	町	番地		
		電話番号		()		

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)			

変更事項	変 更 前	変 更 後
氏名等		
居住地		
その他		
備考		