

移動支援事業利用登録申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
対象者との続柄

次のとおり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			性 別	生 年 月 日	
	氏 名	個人番号：		男・女	年 月 日	
	住 所	〒		電話番号 ()		
フリガナ				生年月日	年 月 日	
児童の保護者		個人番号：		続 柄		
身体障害者 手帳番号	第 号	療育手帳 番 号	埼玉県 第 号	精神障害者保健 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等					
	介護保険	要介護 認 定	有・無	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	利用中のサービスの種類と内容等
の申請 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					

同 意 書

移動支援事業の利用申請の決定に当たり、対象者の世帯構成、介護保険の要介護度認定状況、収入状況及び所属する世帯員の収入状況等について、関係部署等に調査、照会及び閲覧することに同意します。

同意者氏名
同意者の配偶者氏名 (個人番号)