

障害者移動支援事業利用（変更）申請書

年 月 日

（あて先）鶴ヶ島市長

住所  
申請者 氏名  
（対象者との続柄： ）  
電話番号

鶴ヶ島市障害者移動支援事業実施要綱第8条第1項・第7項の規定により、障害者移動支援事業（基本支援）の利用をしたいので、下記のとおり申請します。

記

|                               |   |  |         |    |     |  |
|-------------------------------|---|--|---------|----|-----|--|
| 対<br>象<br>者                   | フリガナ  |  |         | 性別 | 男・女 |  |
|                               | 氏名  |  |         |    |     |  |
|                               | 生年月日  | 年 月 日（ 歳）                                |         |    |     |  |
|                               | 住所  | 鶴ヶ島市                                     |         |    |     |  |
|                               | 電話番号  |  |         |    |     |  |
|                               | 障害者<br>取得状況等                                    | 身体障害者手帳                                  | 有（ 第 号） | 無  |     |  |
|                               |   | 療育手帳                                     | 有（ 第 号） | 無  |     |  |
| 精神障害者保健福祉手帳                   |   | 有（ 第 号）                                  | 無       |    |     |  |
| 更生相談所、児童<br>相談所等の判定・<br>診断の有無 |   | 有・無<br>（判定・診断機関名： ）<br>（判定・診断年月日： 年 月 日） |         |    |     |  |
| 日常生活の状況                       | 障害状況・介護に当たっての注意事項等                              |  |         |    |     |  |
| 保護者                           | 氏名  |  |         |    |     |  |
|                               | 住所  | 電話番号                                     |         |    |     |  |
| 緊急連絡先                         | 電話番号  |  |         |    |     |  |
| 利用希望時間                        | 時間／月  |  |         |    |     |  |
| 利用料の免除                        | <input type="checkbox"/> 希望する（希望する場合は、□にレ点を記入。） |  |         |    |     |  |

注意

- 1 保護者欄は、申請者と保護者が同一の場合は記入を要しない。
- 2 世帯員の市区町村民税の課税状況等を証明する書類を添付すること。ただし、市長が添付書類を要しないと認めるときは、省略することができる。

|   |
|---|
| <p>同意書</p> <p>事業における利用者の費用負担の免除の認定のため必要があるときは、鶴ヶ島市が世帯員の市民税の課税状況等について調査・確認をすることに同意します。</p> <p>氏名 _____ 印</p> |
|---|