

様式第1号（第4条関係）

遠軽町障害者及び障害児移動支援事業利用申請書

年 月 日

遠 軽 町 長 様

住所  
申請者  
氏名 印  
続柄  
電話番号

下記のとおり遠軽町障害者及び障害児移動支援事業を利用したいので申請します。

利用希望者氏名				
利用希望者住所				
生年月日	年 月 日 生			
障害の区分	身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 児童			
手帳の有無等	身体障害者手帳	有 ・ 無	手帳の番号等	
	療育手帳	有 ・ 無	手帳の番号等	
	障害者手帳	有 ・ 無	手帳の番号等	
生活保護の 受給の状況	受給中 ・ 受給していない			
身体介護の有無	有 ・ 無			
支給希望時間				
特記事項				

※添付書類 手帳等の写し、課税状況、収入の状況がわかるものを添付すること。生活保護受給の場合保護証明等を添付すること。