　 年 　 月 　 日

移動支援事業利用申請書

　　　美郷町長　　様

　　美郷町移動支援事業実施要綱第４条の規定により、下記のとおり申請します。

移動支援事業の利用申請の決定のため、申請者の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | 個人番号 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |  | |
| 居住地 |  | | | 電話番号 | |  |
| フリガナ | |  | | 個人番号 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請に係る  児童氏名 | |  | |  | |
| 続柄 |  |
| 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 要支援（ 　　　　　　 ）  要介護 １ ２ ３ ４ ５ | | 有効  期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 申請する支援の種類・内容 | 種　別 | □　個別支援型 | | | □　身体介護有り  □　身体介護無し | | |
| 内　容 | 移動支援の利用申請 | | | | | |

|  |
| --- |
| 委　　任　　状  　 年 　 月 　 日  代理人　住所  氏名  　を代理人と定め、下記の事項を委任します。  委任内容　　移動支援事業　の手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い  委任者　住所  氏名  本人確認欄  番号確認　□個人番号カード　□通知カード　□住民票（個人番号付き）  □番号確認書類なし　□拒否　※　拒否は、申し出があった場合とする。  身元確認　□個人番号カード　□運転免許証　□障害者手帳  □健康保険の被保険者証＋児童扶養手当証書　等  　　　　　□人違いでないことを確認　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  本人確認担当者　氏名 |