

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。

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	
申請に係る児童氏名	フリガナ		個人番号	生年月日	年 月 日
	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				
申請する支援の種類・内容	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	<input type="checkbox"/> 個別支援型		<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 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 運転免許証 健康保険証の被保険者証+年金手帳 等
個人番号カード 障害者手帳
人違いでないことを確認 その他（ _____ ）

本人確認担当者 氏名 _____

同 意 書

地域生活支援事業（移動支援事業）の利用申請にあたり、利用者負担割合の認定に必要である下記事項について貴職が調査することに同意します。

- 【同意事項】
- ・利用（予定）者と同一の世帯に属する者
 - ・同一の世帯に属する者全員の市町村民税課税額

年 月 日

美郷町長 様

【利用（予定）者氏名】 _____

【同意者】

住 所 _____

氏 名 _____

（対象者との関係 _____ ）

※この同意書は、利用（予定）者本人又は利用（予定）者と同一世帯に属する家族が記名してください。