

士幌町移動支援事業利用登録申請書

申請者	フリガナ				生年月日	
	氏名					
	居住地					
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ				生年月日	
					続柄	
	身体障害者手帳		療育手帳		精神保健福祉手帳	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分			有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険		要介護度			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	種別	個別支援型		希望時間又は回数(通所・通学は月46回まで)		
		グループ支援型				
		通所・通学の有無	有 ・ 無			
	申請に係る具体的内容					

上記のとおり関係書類を添えて移動支援事業を申請します。
またこの申請に関して士幌町が必要とするときは、私の世帯の課税・所得状況について確認(照会)されることを了承します。

年 月 日

住所
申請者
氏名

士幌町長 様