

年 月 日

千歳市福祉事務所長 様

移動支援事業費支給申込書

次のとおり事業費の支給を受けたいので申し込みます。また、申込者又はその扶養義務者等の市民税課税状況等、決定に当たり必要な情報について、担当職員が課税台帳等の調査を行うことに同意します。

申込者

住 所

電話番号

氏 名

個人番号

(利用者との続柄：)

利用者の状況	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日生 歳
	個 人 番 号	
	性 別	男 ・ 女
障害の状況	手 帳 の 種 類	療育手帳・身体障害者手帳・精神障害者手帳等
	手 帳 番 号	
	そ の 他	
利用希望	(目的) (利用時間等)	
代理受領	事業費の受け取りは、 移動支援事業者に委任します。 署名	

(市町村記入欄)

調査日 (認定調査日)	
区 分	身体介護 (あり・なし)