様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

　いなべ市福祉事務所長　あて

いなべ市障害者等移動支援事業利用申請書

　次のとおり利用したいので申請します。

申請者

住所

氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の状況 | 氏名 | |  | | |
| 住所 | |  | | |
| 個人番号 | |  | | |
| 生年月日 | |  | | |
| 性別 | | 男　　・　　女 | | |
| 障害の状況 | 手帳の有無 | | 有　　・　　無 | | |
| 障害名 | |  | | |
| その他 | |  | | |
| 利用希望 | (目的)  (利用回数等)  (希望事業所) | | | | |
| 申請者 | 氏名 |  | | 利用者との続柄 |  |
| 住所 |  | | 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| 同意書  　私は、この申請に係る事務を行うため、福祉事務所長が市の所有する私及び私の世帯に関する個人情報(住民基本台帳情報、税情報)を利用することに同意します。  　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　 　　　　　氏名　　　　　　　　印 |