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　 |