

様式第4号(第9条関係)

移動支援事業利用登録申請書

年 月 日

久喜市長 あて

住所
申請者
氏名

次のとおり移動支援事業の利用登録を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	電話番号 ()				
	個人番号					
	本年1月1日の住所	住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。				
	昨年1月1日の住所					

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	
更生相談所、児童相談所等の判定・診断の有無	有・無 (判定機関名) (判定年月日 年 月 日)				

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	
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
申請する支援の種類・内容	種別	身体介護有り	月	時間	身体介護なし	月 時間
	内容					