

塩竈市障害者移動支援申請書

塩竈市社会福祉事務所長 殿

次のとおり障害者移動支援を申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ				性別	男・女
	氏名				生年月日	年 月 日
	居住地	〒 電話番号				
フリガナ					性別	男・女
申請に係る 児童氏名				生年月日	年 月 日	
				続柄		
身体障害者手帳	番号		等級		障害名	
療育手帳	番号		等級		/	
精神障害者保健福祉手帳	番号		等級			
生活保護受給	有・無					
行き先 及び 目的地						
希望時間	1カ月 約 時間 分 (回数 約 回)					