

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                  | 〒<br>電話番号 |    |      |       |       |
| フリガナ             |                      |           |    |      | 性別    | 男・女   |
| 申請に係る<br>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<br>及び<br>目的地 |                      |           |    |      |       |       |
| 希望時間             | 1カ月 約 時間 分 (回数 約 回 ) |           |    |      |       |       |