

様式第1号（第4条関係）

能代市移動支援事業利用申請書

年 月 日

能代市長 様

住所  
氏名

次のとおり、能代市移動支援事業の利用を申請します。

申請者	フリガナ				生年	年 月 日			
	氏名				月日				
	住所	〒							
		電話番号							
フリガナ					生年	年 月 日			
申請に係る児童氏名					月日				
		続柄							
身体障害者手帳	有・無	番号				等級			
療育手帳	有・無	番号				等級			
精神障害者保健福祉手帳	有・無	番号				等級			
申請内容									
申請理由									
介護者の有無	有・無	住所						続柄	
		氏名							
生活保護受給の有無	受給している・受給していない								
その他									

【添付書類】介護保険対象者の方については、介護保険法による移動支援サービスを利用できないことがわかる書類。