

様式第 4 号

## 障害児・者移動支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 所 沢 市 長

住 所

申請者 氏 名

(利用しようとする者との関係 )

所沢市障害児・者移動支援事業実施要綱第 10 条第 1 項の規定により移動支援サービスを利用したいので申請します。なお、利用料負担上限月額の設定のため課税台帳等関係書類の閲覧を承諾します。

利用しようとする者	住 所			
	フリガナ氏名	男・女	大・昭平	年 月 日生
	身体障害者手帳	第 号	級	種
	療育手帳	第 号		種
	精神保健福祉手帳	第 号	級	
申請する移動支援の種類・量	移動支援(身体介護を伴う場合) 月 時間	移動支援(身体介護を伴わない場合) 月 時間		
所得区分	下記の区分の適用を申請します。 生活保護 低所得 一般			

注 所得区分の適用申請は、事実関係を確認できる書類を添付してください。