様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　障害者等移動支援事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　剣　　淵　　町　　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

次のとおり利用をしたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利　状用者の　況 | 　 氏　　　名 | 個人番号： |
| 　 住　　　所 |  |
| 　 生年　月日 |  |
| 　 性　　　別 | 　　　　　　　男　　・　　女 |
| 障　状害の　況 | 　 手帳の有無 | 　　　　　　　有　　・　　無 |
| 　 障　害　名 |  |
| 　 そ　の　他 |  |
| 　利　用　希　望 | （目的）（利用回数等）（希望事業所） |
| 　届　出　者 | 氏　　名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 住　　所 |  | 電　話　番　号 |  |

添付資料　　本人又は扶養義務者の前年の所得税額を証明する書類

（下記同意いただく場合は不要です）

|  |
| --- |
| 同意書　私は、この申請に係る事務を行うため、剣淵町長が町の所有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報）を利用することに同意します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 |