

年 月 日

移動支援事業利用申請書

美郷町長 様

美郷町移動支援事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

移動支援事業の利用申請の決定のため、申請者の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

記

申請者	フリガナ		個人番号		生年月日	年 月 日
	氏 名					
	居 住 地				電 話 番 号	
	フリガナ		個人番号		生年月日	年 月 日
申請に係る 児 童 氏 名					続 柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号			精 神 保 健 福祉手帳番号	

他のサービス 利用の状況	障害福祉 サービス	障害支援 区 分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有 効 期 間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険	要 介 護 認 定	有・無	要支援 () 要介護 1 2 3 4 5	有 効 期 間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の 種類・内容	種 別	☐ 個別支援型			☐ 身体介護有り ☐ 身体介護無し	
	内 容	移動支援の利用申請				

委 任 状

年 月 日

代理人 住所

氏名

を代理人と定め、下記の事項を委任します。

委任内容 移動支援事業 の手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い

委任者 住所

氏名

本人確認欄

番号確認 ☐個人番号カード ☐通知カード ☐住民票（個人番号付き）
☐番号確認書類なし ☐拒否 ※ 拒否は、申し出があった場合とする。

身元確認 ☐個人番号カード ☐運転免許証 ☐障害者手帳
☐健康保険の被保険者証＋児童扶養手当証書 等
☐人違いでないことを確認 ☐その他（ ）

本人確認担当者 氏名