

年 月 日

武蔵野市長 殿

(申請者) (18歳未満の場合は、保護者)

住 所 武蔵野市

電話番号 ()

氏 名 (利用者との続柄)

移動支援事業利用申請書

移動支援事業を利用したいので、武蔵野市地域生活支援事業に関する規則第35条の規定により、次のとおり申請します。

なお、利用の決定にあたり必要な範囲に限り、申請者、申請者の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得に係る証明書を提出すること並びに市長が住民票記載事項及び所得状況を市の公簿等で確認することに同意します。

本人の状況	利 用 者 氏 名	生 年 月 日	区 分
	(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	1 小学生 2 中学生 3 高校生 4 成人(18歳以上)
	障害の程度(○で囲み、必要事項を記入してください。)		
	1 身体障害者手帳 級 2 愛の手帳(知的) 度 3 精神障害者保健福祉手帳 級		
	所 得 区 分 (○で囲んでください。)	1 生活保護世帯 (利用者負担 0円) 2 市民税非課税世帯 (利用者負担 0円) 3 市民税課税世帯 (利用者負担 10%)	

市記入欄	収受印
介護給付等の受給状況 GH(市内・市外)・施設入所 居宅介護(身体・家事・重度・通院)・行動援護・ 短期入所・放課後等デイ・日中一時支援 就労系	

身： 有・無 → 有・無
加： 有・無 → 有・無
() ()