

移動支援利用申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請者
住 所 立川市 町 丁目 番 号
氏 名 (続柄)
電話番号 ()

移動支援の利用について、次のとおり申請します。

この申請に関して、申請者及び申請者の家族等の所得の状況を公簿等により調査することを承認します。

利用 対象者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和
	氏名		年齢	年 月 日 (才)
	住所	立川市 町 丁目 番 号		
	電話番号	()		
	身体障害者手帳	第 号	種 級	
	愛の手帳	第 号	度	
	精神障害者保健福祉手帳	第 号	級	
	その他	<input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 難病医療費助成 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)		
生活保護受給	有 ・ 無			
家族 状況	続柄	氏 名	年齢	介護等特記事項
移動支援を必要とする理由				
加算等の理由 (1)団体等の役員 (2)冠婚葬祭 (3)小・中 学生 、 高校生 の8月期 (4)その他市長が認めたもの				