

### 立川市移動支援利用申請書

令和 年 月 日

立川市長 殿

申請者 住 所 立川市 町 丁目 番 号  
番地の

氏 名 (続柄 )

電話番号 ( )

立川市移動支援事業実施要綱第4条により、次のとおり移動支援の利用を申し込みます。

利用対象者	フリガナ			男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所	立川市 町 丁目 番 号				
	電話番号	( )				
	身体障害者手帳	番号	種 級			
	愛の手帳	番号	度			
	精神障害者保健福祉手帳	番号	級			
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・高生の8月期						
(4) その他市長が認めたもの						

今後この申請に関して、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。