

福知山市移動支援事業費給付（変更）申請書

福知山市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏名							
	個人番号							
居住地	〒							
電話番号								
フリガナ				生年月日	年 月 日			
支給申請に係る障害児氏名								
個人番号								
身体障害者手帳番号	療育手帳番		号		精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名		

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6						有期	効間
	利用中のサービスの種類と内容等										
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5				
	利用中のサービスの種類と内容等										

申請（変更）の理由	
希望する支給内容	身体介護を伴う ・ 身体介護を伴わない 時間／月

私は、私の世帯について、福知山市移動支援事業を利用するに当たり、福知山市が所得の状況を調査することに同意します。また移動支援事業費の受領について、事業者が私に代わって福知山市長に請求し、受領することを委任します。

氏名 _____

個人番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市障害者移動支援事業に係る事務に利用します。