

年 月 日

せたな町長 様

移動支援事業利用申請書

次のとおり移動支援事業を利用したいので申請します。また、利用に際し、主治医に意見を聞くことに同意いたします。

（申請者）

住 所

氏 名

利用者の状況	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
	性 別	男 ・ 女		
障害の状況	手帳の有無	有 ・ 無		
	障 害 名			
	そ の 他			
生 活 保 護		有 ・ 無		
申請理由				
届出者	氏 名		利用者との続柄	
	住 所		電 話 番 号	