

年 月 日

(宛先) 五島市長

申請者 住 所

氏 名

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、次のとおり申請します。  
 なお、内容の審査に当たり、世帯全員の市町村民税の課税状況について調査を行うことを承諾します。

対象者	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所				電話番号	
身体障害者手帳番号					障害等級	種 級
療育手帳番号					障害の程度	
精神障害者保健福祉手帳番号					障害等級	級
障害者等であることを確認できる書類						
希望する理由						
利用期間		年 月 日から 年 月 日まで				
希望する利用時間数						
利用予定登録事業者名						
世帯員の状況	氏 名	対象者との続柄	年齢	市町村民税の課税の有無 前年中の収入額		摘 要
		本人				
代理受領		<input type="checkbox"/> 移動支援事業に係る助成金の受給について、上記の利用予定登録事業者にその受領を委任することを申し出ます。				

備考

- 「世帯員の状況」欄は、対象者及びその配偶者（対象者が障害児であるときは、その保護者の属する世帯の世帯員）について記載してください。
- 代理受領を申し出るときは、「代理受領の申出」欄の□に✓を記入してください。