

様式第3号 (第8条関係)

鳩山町移動支援事業利用者登録申請書

年 月 日

鳩山町長 様

申請者 住所
氏名 印

次のとおり鳩山町移動支援事業の利用者登録を受けたいので申請します。

利用対象者	氏名		
	住所 電話番号	電話番号 ()	
	性別・生年月日	男・女	年 月 日生
保護者	氏名	(利用対象者との続柄)	
	住所 電話番号	電話番号 ()	
	緊急連絡先 (勤務先等)	()	電話番号 ()
本人の状況	日常生活の状況 (障害状況、介護 にあたっての注意 事項等)	日常生活の場	
		日常生活の状況	
		既往症	
		通院している病院	
	手帳取得状況等	服薬状況	
		身体障害者手帳	有 (第 号) ・ 無
		療育手帳	有 (第 号) ・ 無
		精神障害者保健福祉手帳	有 (第 号) ・ 無
	更生相談所、児童 相談所等の判定・ 診断の有無	有 ・ 無 (判定機関名) (判定年月日 年 月 日)	
備考			

決定にあたり必要となる世帯及び課税状況等について官公署等に調査確認されることに同意します。

氏名 印