

年 月 日

沼津市在宅障害者移動支援事業利用申請書

(宛先) 沼津市福祉事務所長

住所

申請者 氏名

印

(利用者又は保護者) 連絡先

沼津市在宅障害者移動支援事業の利用を申請します。

利 用 者	氏 名		生年 月日	
	住 所		電話 番号	
手帳の種類			手帳番号	
障 害 名			等 級	
疾 病 名		【 医師の診断書 有 無 } 【 特定疾患医療受給者証 有 無 】		
希望する事業 の内容等		1 ヘルパー支援型 (2人のヘルパーによる支援を希望する場合はその旨) 2 車両支援型 3 送迎支援型		