

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

米原市長 様

住所  
氏名  
電話  
印

障がい者等移動支援事業利用申請書

次のとおり、障がい者等移動支援事業の利用を申請します。

対象者	住 所				
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
支給量	時間／月				
申請理由					
障がいの種別	<input type="checkbox"/> 視覚障がい(児)者 <input type="checkbox"/> 重度肢体不自由(児)者 <input type="checkbox"/> 知的障がい(児)者 <input type="checkbox"/> 精神障がい(児)者 <input type="checkbox"/> 発達障がい(児)者 <input type="checkbox"/> その他( )				

(添付書類) 障がいの種別がわかる書類(障がい者手帳、意見書など)