

様式第 1 号（第 7 条関係）

多賀城市障害者等移動支援事業利用（変更）申請書

年 月 日

多賀城市福祉事務所長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()

多賀城市障害者等移動支援事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、下記のとおり移動支援事業の利用を（変更）申請します。

記									
利 用 者	氏 名				生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所								
	身体障害者 手帳番号等	県 第 号 種 級							
	療 育 手帳番号等	県 第 号 A ・ B							
	精神保健福祉 手帳番号等	県 第 号 級							
他 サ ー ビ ス の 利 用	障 害 福 祉 サ ー ビ ス	障 害 程 度 区 分	無 1 2 3 4 5 6	有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで				
		利用中のサービスの種類・内容等							
	介 護 福 祉 サ ー ビ ス	要 介 護 認 定 (要介護度)	無 ・ 要支援 () ・ 要介護 1 2 3 4 5						
		利用中のサービスの種類・内容等							
希 望 支 給 量	時 間 / 月	申 請 理 由							
変 更 申 請 の 内 容									