

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

岩見沢市福祉事務所長 様

移 動 支 援 事 業 利 用 申 請 書

次のとおり利用をしたいので申請します。

申請者

住所

氏 名

個人番号：

利用者の状況	氏 名	個人番号：		
	住 所			
	生 年 月 日			
障害の状況	手 帳 の 有 無	有 ・ 無		
	障 害 名			
	そ の 他			
利用希望	(目的) (利用回数等) (希望事業所)			
届出者	氏名		利用者との 続柄	
	住所		電話番号	