

様式第 1 号(第 5 条関係)

移動支援事業支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（新規・変更・更新）

稲城市長 様

介護あり・介護なし

次のとおり申請します。

なお、この申請に関し、申請者及びその世帯に属する者の課税状況その他の審査に必要な情報について、市職員が調査することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	居 住 地	〒 ー 電話番号 ー ー			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
支給申請に係る 児 童 氏 名					
		続柄			
愛の手帳 番 号			精神障害者保健 福祉手帳番号		
等級		種 度		等級	種 級
障害名					
主な利用の目的					

※利用対象者が成人の場合は申請者欄にご記入ください。障害児の場合は、申請者欄に保護者氏名等を記入してください。

サービス利用の 状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
	施設サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
	介 護 保 険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5	
		利用中のサービスの種類と内容等				

世帯の課税状況（あてはまるものに☑をつける。）

区 分	利用者負担割合
☐ 生活保護世帯	0 %
☐ 市町村民税非課税世帯	
☐ 市町村民税課税世帯	1 0 %

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申 請 者 との関係	
氏 名			
住 所	〒 ー 電話番号 ー ー		