様式第１号（第５条関係）

　年　　月　　日

稲敷市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　氏　　名

　電話番号

（対象者との続柄）

稲敷市高齢者等移送支援サービス助成事業利用申請書

稲敷市高齢者等移送支援サービス助成事業を利用したいので、稲敷市高齢者等移送支援サービス助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

　なお、申請内容の審査に当たり、住民登録情報、要介護認定情報、身体状況その他交付申請に必要な情報を、市が照会することについて同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者　　 | 住　所 |  |
| 氏 名 |  |
| 連絡先 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 状　　態 | 要介護度　　１ ・ ２ ・　３ ・ ４ ・ ５ |
| 身体障害者　１級 ・ ２級 ・ ３級 |
| 介護認定被保険者番号 |  | 障害者手帳の番号 | 茨城県第　　　　号 |
| 利用方法 | 車いす（　　）　・　ストレッチャー（　　） |

* 添付書類　車いす又はストレッチャー利用者で、要介護認定又は身体障害の

　　状況が分かる書類の添付