

大台町長 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

利用者の状況	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日			
	性 別	男 ・ 女		
障害の状況	手 帳 の 有 無	有 ・ 無		
	障 が い 名			
	そ の 他			
利用希望	(目的) (利用時間) (希望事業所)			
届出者	氏 名		利用者との続柄	
	住 所		電 話 番 号	

添付資料 本人又は扶養義務者の前年の所得税額を証明する書類
(下記に同意いただく場合は不要です。)

同意書 私は、この申請に係る事務を行うため、大台町長が町の所有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳、税情報）を利用することに同意します。 <p style="text-align: center;">年 月 日 氏 名 印</p>
