

川越市障害者等生活サポート利用者登録申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

次のとおり登録を申請します。

申請者 (登録者)	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		電話番号	
	障害内容	身体障害者手帳 種 級		
		療育手帳 種		
その他 ()				
保護者	住所			
	氏名			
	続柄		電話番号	
所得の状況	<u>申請者が18歳未満の場合のみ</u> 利用料補助単価の認定に当たり、川越市が保有する私及び私の同一の世帯に属する者の市民税の課税情報を利用することに同意します。 生計中心者の氏名 _____			

(転入の方は所得状況の確認書類を添付いただく場合があります。)

提出者	どちらかに☑をしてください。 ☐ 申請者本人 (下の欄の記入は不要です。) ☐ 申請者本人以外 (下の欄に記入してください。)		
氏名	フリガナ	申請者(登録者)との関係	
住所			
連絡先			