様式第３号（第７条関係）

年　　月　　日

（提出先）
川 越 市 長

川越市障害者移動支援事業利用登録申請書

次のとおり、利用登録の申請をします。
利用登録の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、及び閲覧することを承諾します。

ふりがな		生年月日		才
利用者氏名				
住所	〒 電話　　FAX			
ふりがな		利用者が１８歳未満の方だけ記入して下さい。	利用者の配偶者（夫･妻）氏名	
保護者氏名				

該当する所得区分にチェックしてください。 □市民税課税世帯 □市民税非課税世帯 □生活保護世帯 □中国残留邦人等支援給付受給世帯	〈世帯の範囲〉 ・１８才以上の利用者・・・利用者と配偶者 ・１８才未満の利用者・・・住民票が同一の者

移動の目的にチェックしてください。

□余暇活動　□社会参加　□その他（　　）

介護保険	□要介護（１・２・３・４・５） □要支援（１・２）　□該当なし	利用している障害福祉サービス	□居宅介護（通院等介助） □行動援護 □その他　（　　）

身体障害者手帳	第＿＿＿＿号	（＿＿＿＿）級　□視覚　□全身性
療育手帳	第＿＿＿＿号	□Ⓐ　□A □B　□C
精神保健福祉手帳	第＿＿＿＿号	□１級　□２級　□３級

利用時間	（　　）時間／月	※１ 身体介護	□あり □なし	※２ ２人介護	□必要

利用開始予定月	年＿＿月から利用	□新規登録　□継続登録（既登録済）

※１　身体介護については、食事、排泄、整容、又は行動障害により、移動中に直接的な介護が必要な場合はありに、それ以外はなしにチェックをしてください。
※２　２人介護については、暴力行為、著しい迷惑行為、または器物損壊等の行為があり、介護従業者１人では介護が困難な場合にチェックをしてください。