様式第３号（第９条関係）

年　　　月　　　日

糸満市障害者等移動支援事業利用（変更・廃止）届出書

糸満市福祉事務所長　殿

　糸満市障害者等移動支援事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 世帯主との関係 |  |
| 居住地 | 電話 |
| 申請者が利用者でない場合（児童含） | フリガナ |  | 生年月日 |
| 利用者氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 続柄 |  |
| 利用者が児童の場合 | 学校名 |  | 生活保護の受給有無 | 有　　　無 |
| 身体障害者手帳番号 |  | 療　育手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |

届出の種類及び内容等（該当する項目の□にレ点を記す）

□変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項 | □利用者氏名　□保護者氏名　□居住地　□障害の状況　□その他（　　　　） |
| 変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |

□廃止

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止理由 |  |