

浦河町通院利用者等支援事業利用申請書

令和 年 月 日

浦河町長 様

申請者 住所 浦河町

氏名 ⑩

電話番号 - -

浦河町通院利用者等支援事業実施要綱第7条の規定により下記のとおり申請します。

記

利用者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)		
利用種別	通院・入院・通院介助・入院介助・退院介助				
(介助で利用する場合) 被介助者氏名		続柄		被介助者 登録番号	
利用する病院名					
乗車 (予定) 場所					
降車 (予定) 場所					
障害者手帳 の所有状況	有 ・ 無				
	(有の場合) ・身体障害者手帳 (第1種・第2種) ・療育手帳 (A判定・B判定)				

私は、浦河町通院利用者等支援事業の利用にあたり、住民基本台帳の記載事項、介護保険に関するサービス受給状況、障害者手帳の所有状況等について、浦河町が指定事業者者に情報提供することに同意いたします。

申請者氏名 _____ ⑩

確認欄	浦河町通院利用者等支援事業利用申請書を審査した結果、利用者証の交付を (可・否)とする。 令和 年 月 日 確認者 職氏名
-----	---