様式第６号（第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移動支援事業支給量変更申請書  年　　月　　日  　香美町長　様  　次のとおり申請します。  (１)　利用者（障害者本人。障害児の場合はその保護者） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 利　用　者 | ふりがな | | |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |  |
|  | 氏　　名 | | | 印 | | | | |  |
|  | 住　　所 | | | 〒　　　―  電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | |  |
|  | ふりがな | | | |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |  |
|  | 支給量の変更に係る障害児氏名 | | | |  | | | | |  |
|  | 続　　柄 | |  | | |  |
|  | 身体障害者 手帳番号 | | | 第　　　号 | | 療育手帳番号 | 第　　　号 | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | 第　　　号 |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 利用区分 | | | |  | | | 支給量 | | | | |  | |  |
|  | 変更の理由 | | | |  | | | | | | | | | |  |
| (２)　利用届出者（利用者本人が届け出る場合には、本欄のご記入は不要です。） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 利用届出者 | | ふりがな | |  | | | | 区分 | | □　代理人 □　代行者(□代筆) | | | |  |
|  | 氏　名 | |  | | | | 利用者と の関係 | |  | | | |  |
|  | 住　所 | | 〒　　　―  電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |