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　　　　（　　　）　　　　　　　 |  |
|  |  |  |