（様式第１号）　　**令和　年度　印南町福祉外出支援助成券交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | 日高郡印南町大字 | | | | |
| 氏　　名 |  | 性別 | 男・女 | 年　齢 | 歳 |
| 生年月日 | ㍽・㍼・㍻・㋿　　　　　　年　　月　　日 | | | 健康状態 | 良好・不良 |
| 生活状況 | １．重度障害者　２．ひとり暮らし　３．二人暮らし　４．その他 | | | | |
| 該当種別 | 身体1級・2級　　　療育A1・A2　　　精神　　　　７５歳以上  ７０歳以上で運転免許証を自主返納　　　　その他(　　　　　　) | | | | |
| 地区民生児童委員 |  | 地　　　区 | |  | |
| 主 治 医 |  | | | | |
| 備　　考 | 配布　No.（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 福祉外出支援助成事業実施要綱第４条に基づき、助成券の交付を申請します。  なお、審査・決定にあたり住民基本台帳等で確認することを同意します。  令和　　　年　　　月　　　日  住　　所　　印南町大字  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号  　　　印南町社会福祉協議会　会長　様 | | | | | |