

(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		年 齡	歳
生年月日	姓・名・姓・名	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. ( )		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 印南町大字</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>印南町社会福祉協議会 会長 様</p>			