

台東區長 殿

申請者	フリガナ			生年月日	年	月	日	(歳)
	氏名							
	居住地	〒		電話番号				
フリガナ				生年月日	年	月	日	(歳)
支給申請に係る 児童氏名								
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神保健福祉 手帳番号		疾病名		
等級	級・度	障害名						
緊急 連絡先	氏名	続柄 ()		勤務先	連絡先			

申請内容	☐ 移動支援（介護あり）		時間/月	申請に係る具体的内容
	☐ 通学支援（介護あり）		時間/月	
	☐ 移動支援（介護なし）		時間/月	
	☐ 通学支援（介護なし）		時間/月	
	☐ 日中一時支援（一般型）		回/月	
	☐ 日中一時支援（医療的ケア支援型）		回/月	

申請者氏名

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 電話番号		