

様式第 1 号（第 4 条関係）

派遣
人間市中心身障害者通学等移動介護人 申請書
派遣変更

年 月 日

（あて先）入間市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

人間市中心身障害者通学等移動介護人派遣事業実施要綱第 4 条の規定により、介護人の派遣を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------|------------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|
| 利用者 | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 （ 歳） | | | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動介護を希望する理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| 派遣希望人数 複数人の場合は その理由 | | 人 | | | | | | | | | | | | |
| 希望する時間 | | 月 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
| | | 時間 | | | | | | | | | | | | |
| 通学先 | | 学校名 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 交通機関を利用する場合 は行程を記入 | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定介護人の変更 ※変更申請のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | |

注 新規の時は全ての項目、変更の時は該当する項目に記入してください。