

様式第1号（第4条関係）

派遣  
入間市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

入間市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。