投票所への移動支援対象者名簿登録申請書

R6町長

年　　　月　　　日

次の者について、投票所への移動支援対象者名簿に登録することを申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年 　　月 　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 奈良県吉野郡下市町大字 |
| 迎車場所（居宅等） | ※住所と異なる場合に記入してください（町外は移動支援の対象外です。）。 |
| 電話番号 | 　　　　　　―　　　　　　― |
| 手帳等の保有状況 | 身体障害者手帳 | 無し・１級・２級・３級・４級・５級・６級・７級 |
| ※保有する場合、障害の種類 |
| 戦傷病者手帳 | 無し　・　（　　　　）項症　・　（　　　　）款症 |
| ※保有する場合、障害の種類 |
| 要介護度 | 無し　　・要支援１・要支援２要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 登録要件の確認 | 移動支援を受けるためには次の要件を全て満たす必要があります。（該当するものに☑を記入してください。） | 確認欄 |
| 移動支援の迎車場所は町内である。 |  |
| 居宅等から投票所の間、自力（歩行、自転車、自家用車等）による移動が困難である。 |  |
| 居宅等から投票所の間、バスの利用による移動が困難である。 |  |
| 居宅等から投票所の間、補助の移動手段（家族等の送迎）がない。 |  |
| 本申請書に記載する個人情報を移動支援事業者に提供することに同意する。 |  |
| 車椅子の使用 | 不要　　・　　持参する　　　・　　借用する |
| 本人以外の連絡先等 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 連絡先 | 　　　　　　―　　　　　　― |
| 送迎時の付添 | 有り　　　・　　　無し |