様式第1号(第4条関係)

障害者移動支援事業利用申請書

年　　月　　日

　(宛先)南砺市社会福祉事務所長

　南砺市障害者移動支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

　この事業の利用承認決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |
| 係る児童 申請に | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 |  |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | 続 柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | 療育手帳番号 | | | | |  | | | | | | | 精神障害者保健福祉  手帳番号 |  |
| 世帯の状況 | 氏　 名 | | | | | | | | | 続 　柄 | | | | | | 生年月日 | | | | 個人番号 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他のサービス利用の状況 | 障害福祉  サービス | 障害支援区分 | 有・無 | | | 区分　1　2　3　4　5　6 | | | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類、内容等 | | | | | | | | |
| 介護保険 | 要介護認定 | | 有・無 | 要介護度 | | | 要支援(　)・要介護　1　2　3　4　5 | | |
| 利用中のサービスの種類、内容等 | | | | | | | | |
| 申請する支援の内容 | | □個別支援型 | | | | | □身体介護　有り　□身体介護　無し | | | |
| □グループ支援型 | | | | | □身体介護　有り　□身体介護　無し  (　　　)人利用 | | | |
| □通所・通学支援型 | | | | | □身体介護　有り　□身体介護　無し | | | |
| 内容 | | | | | | | | |