様式第１号（第17条関係）

海田町移動支援事業利用申請書

　　　　年　　月　　日

　海　田　町　長　　様

次のとおり移動支援事業の利用申請をします。また，利用者負担上限月額に関する認定に際して，私及び私の属する世帯員について，所得その他の事項について調査されることに同意します。なお，調査されることについては，私の属する世帯員の同意を得ています。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | 個人番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | 電話番号 | 　　　　　　 |
| ふりがな |  | 続　柄 | 生 年 月 日 |
| 申請にかかる児童氏名 |  |  | 年　　月　　日 |
| 手帳番号 | 身体障害者手帳 |  | 療育手帳 |  | 精神保健福祉手帳 |  |
| 他のサービスの利用状況 | 障害福祉サービス | 障害程度区分認定 | 有・無 | 有の場合の区分 | １　２　３　４　５　６ |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護保険 | 要介護認定 | 有・無 | 有の場合の要介護度 | 要支援　１　２要介護　１　２　３　４　５ |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 申請する支援の種類等 | □移動個別支援　　　　　　　　　　　　　時間／月□移動個別支援（行動援護）　　　　　　　時間／月 |

