

# 海田町移動支援事業 通学・通所利用申出書

平成 年 月 日

海田町長あて

海田町移動支援事業に係わる通学・通所利用について、次のとおり申し出ます。

通学・通所者	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日		
	氏名	印			平成 年 月 日		
	住所	安芸郡海田町		区分	<input type="checkbox"/> 通学( 学年) <input type="checkbox"/> 通所		
通学・通所先	学校・施設等の名称			学校・施設等の種類			
	所在地			自宅からの距離	約 _____ Km		
		電話 ( ) -		交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
希望内容	時間数 ※1	月 _____ 時間		利用の目安	週 _____ 回 ( 曜日 )		
	利用期間 ※2	平成 _____ 年 _____ 月から 平成 _____ 年 _____ 月まで			<input type="checkbox"/> 行き 約 _____ 分 ( 時 分 ~ 時 分 ) <input type="checkbox"/> 帰り 約 _____ 分 ( 時 分 ~ 時 分 )		
	希望理由	次の事由により、家族による付き添いができず、他の支援も得られないため。  <input type="checkbox"/> 保護者等の疾病 (医師診断書のとおり) <input type="checkbox"/> 保護者等の就労 (就労に関する証明書のとおり) <input type="checkbox"/> その他のやむを得ない事由 ( )		同居家族の状況	名前	続柄	就労状況・心身状況等

※1 時間数は、支給決定時間数の範囲内としてください。

※2 利用期間を特定しない場合は、支給決定期間の範囲内としてください。