移動支援事業利用申請書

葛飾区長 あて

葛飾区心身障害者移動支援事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

曷帥以	≚心与	r 障害者移	乡虭文	.援爭 ៖	美美池	要綱第6条の規2	正に基	をつき、次0	りとおり	甲請	します。 申請年月日		年	月	日		
申		フリガナ								-	1 412 172						
計		氏 名						生年月日	田和		年	月	日	(歳)		
		口公山	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								電話番号						
者		居住地				(日中連絡先)											
フリガナ									平原	戊	年 月	日	(歳)	続柄		
利用申請に係る 児 童 氏 名						_		生年月日	令和	1	(小中			炸生)			
身体障害者 手 帳 番 号			·	(種	級)	愛の手帳番号			(度)	愛の手帳 未取得の場合	特別			書・診断書・ 詩別支援学級)		
手帳障害名																	
<u> </u>																	
サービ	障害福祉 ^{利用・} 関係サービス		利用中の	サービス	スの種類と内容等												
ス 利	相談支援 事業所名																
用の	△=#/□ □△			要介護		有・無		要介	↑護度		要支援()•要	介護	1 2	3 4 5		
の 介護保険 利用中のサービスの種類と内容等 状 サービス 況																	
,																	
E		提出者		□申請	者本。	人 口申請者本	人以	l外(下の構	訓に記え	ሊ)	T						
	フリ	リガナ															
氏 名					の関係												
住所																	
	<u> </u>	771									電話番号	番号					
同意書 利用申請に当たり、障害福祉課長が、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳、生活保護受給状況及び介護保険被保険者台帳を閲覧すること並びに介護保険法の定めによる居宅介護支援事業所、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の定めによる指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所及び児童福祉法の定めによる障害児相談支援事業所からサービス利用に関する情報を得ることに同意します。																	
申請者 																	
· 등										受付者							
【事務処理欄】										1							
全身性 ・ 準ずる 税情報 区分 無 ・ 有 成人移動 1・2・3・4								· 4 介護給	付費	重度訪問	引介護	(有•無)					
知・児・精 児童移動 有・無									 行動援	護	(有•	無)					
総支給時間 時間/丿					身	身体介護 有・無						ー 重度脳性麻痺介護人派遣制度(有・無)					
支給期間 令和 年 月 日 ~令和 年 月 日																	
利用	希望	.日 ロ	審査	決定日	3	□至急()	=	日~利	用希望)	<	歳	>				
移動支援利用者番号								〈 要	く 要介護・・要支援・・								

備考欄

確認者

利用者が児童(18歳未満)の場 合、保護者(世帯主)が申請者となります。

移動支援事業利用申請書

記入例

葛飢	なりまり。 一		第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。 申請年月日 令和4年 4 月 /日											
申しつりがナ		カツシカ ハナコ					<u> </u>	- <u>71 </u>						
申二請	氏	名		葛飾 花		生年月日	大正 昭和 平成	50年	3 月 7	日(47歳)			
	日仕	مادا	T 124	-8555				電話番号	3	3695-11				
者 居住		吧		葛飾西	正立石5-	13-11		(日中連絡:	先) 090-1	111-1	(母	+)		
	フリガナ					_	平成	年 月	日 (歳)	続杯	Ą		
	川用申請に係 凡 童 氏					生年月日	令和	(小	- ,	年生)				
身休陪害者		12345	/ 種 /	級) 愛の手	張番号		(度)	愛の手帳未取得の場	(療育	育意見書	·診断書· 別支援学	- - - 級)		
手帳障	章害名 ○○(ニよる下	技機能障害 級 * 手帳に記載されている障害名をご記入ください。											
サ	障害福	計	利用中のサ-	ービスの種類と内	容等	介 謹	介護保険を利用されている場合は、要介護							
ー ビ	関係サービス		生活介	護、短期,	λĒΓ	ご記入くださ								
ス 利	相談支援 事業所名		○○相談支援事業											
用の	Λ =# /□ IIΔ		要介護認	. –	• 無	要介	護度	要支援	()•要介護	1 2	3 4 5	5		
の 介護保険 利用中のサービスの種類と内容等 状 サービス 況														
E	申請書提出	者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)											
	フリガナ		カツシカーショウブーー申請者と											
氏 名				葛飾	しょうぶ	の関係								
住 所 同上 電話番号														
						 意 書								
						总 音								
				が、私及び		<u> </u>		<u> </u>	受給状況及び 活及び社会:					
				R険法の定め 定特定相談3		ご確認のうえ	、署名して	ください。	活及び社会に					
				に関する情報										
								申請	者 葛飾 花子	产				
										_				
				-	受付:	者								
	7 An TO 188 7													
	多処理欄 】	I* =	税情報			-								
	身性 • 準		ルドサ	区分 無		以人移動	1 • 2 • 3		給付費 重度訪		(有∙無	ŧ)		
知・児・精			児童移動 有 · 無 時間/月 身体介護 有 · 無						行動援護					
総支約	給時間		時間/月	身体介護	重度	脳性麻痺介護丿	、派遣制	度(有・無	ŧ)					
支給	謝間 令和	<u> </u>	年 月	日 ~	令和 年	月	日							
利用	月希望日	□審₫	上次定日	口至急	(月	日~利	用希望)	<	歳〉					
移動支援利用者番号 マルス マップ										>				

備考欄

確認者