

利用者番号	
-------	--

様式第1号(第5条関係)

移動支援事業利用申請書

さくら市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名			
	住所	〒 電話番号		
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体障害(障害種別 種 級 番号: ) <input type="checkbox"/> 知的障害(障害程度 番号: ) <input type="checkbox"/> 精神障害(障害等級 番号: ) <input type="checkbox"/> その他(診断名 番号: ) ※ 重複して障害がある場合は、該当するすべての□にチェックを入れてください。			
利用を希望する事業所	事業所 名称: 所在地: ※ 希望する事業所が利用できない場合がありますのでご承知ください。			
利用を希望する時間数	時間/月			
他の福祉サービスの利用状況	障害福祉サービス	【区分認定】 無・1・2・3・4・5・6	【区分認定期間】 ~	【支給決定を受けている障害福祉サービス】
	介護保険	【介護保険の適用】 無・有		
備考	※生活保護の受給 無・有			

○事実関係の確認できる書類を添付すること。ただし、市の台帳等で照会できる内容であり、照会することに同意されている場合については省略可

※市 記入欄	区分： 身体介助を伴う / その他
	利用時間数： 時間/月
	利用者負担の有無： 有 / 無