様式第１号（第５条関係）

移動支援事業利用申請書

年　　月　　日

　（宛先）　安曇野市長

申請者　住　所

フリガナ　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　（　　　　）

利用者との続柄　（　　　　　　）

　安曇野市移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 手帳の種類等 | □　身体障害者手帳　　　　（手帳番号：　　　　　　　　）□　療育手帳　　　　　　　（手帳番号：　　　　　　　　）□　精神障害者保健福祉手帳（手帳番号：　　　　　　　　）□　医師等による診断書又は意見書□　対象疾病に罹患していることがわかる受給者証等 |
| 支援種別 | □　個別支援　　□　グループ支援　　□　車両移送支援 |
| 特記事項 | 支援内容　：利用時間　：月　　　時間　【上限：月20時間】利用事業所：その他　　： |
| 他のサービス利用状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分 | 無・有（1　2　3　4　5　6） | 有効期限 | 年　　月　　日 |
| 利用中のサービスの種類と内容等□自立支援給付（生活介護・居宅介護・その他（　　　　　　））□日中一時支援事業□タイムケア事業 |
| 介護保険 | 要介護認定 | 無・有（要支援　１　２／要介護　１　２　３　４　５） |
| 利用中のサービス：　ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ・ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ・その他（　　　　　　）居宅介護支援事業所： |