障害者等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　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　（　　）

利用者との続柄　（　　　　）

　障害者等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（　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 帰省先 | （施設入所者のみ記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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：　　　　　　）□　医師による意見書等□　特定医療費受給者証・小児慢性特定疾病医療受給者証精神障害による障害年金証書・自立支援医療受給者証（精神通院）特別児童扶養手当証書・障害福祉サービス受給者証 |
| 支援種別 | □　個別支援　　□　グループ支援　　□　車両移送支援 |
| 利用内容 | 利用目的　：　利用時間　：　月　　　時間　【上限：月20時間】利用事業所：　 |
| 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(123456) | 有効期間 | 年　　月末 |
| 利用中のサービス：居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護 その他日中活動系（　　　　）・その他施設入所系（　　　　　）利用事業所： |
| 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：　訪問介護・ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ・その他（　　　　　　）利用事業所： |