

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
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	年 月 日	
	氏 名		月日	(歳)	
	住 所		電話 番号		
	帰省先	(施設入所者のみ記入：)			
手帳の種類等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (手帳番号：) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (手帳番号：) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (手帳番号：) <input type="checkbox"/> 医師による意見書等 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> グループ支援 <input type="checkbox"/> 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・デイサービス・その他 () 利用事業所：			