移動支援利用申請書

平成　　　年　　　月　　　日

　伊達市福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　伊達市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

（利用対象者との続柄：　　　）

　移動支援を利用したいので、次のとおり申請します。

また、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に関する事業の利用申請に係る利用者負担額算定に関し、利用者の属する世帯の収入状況、資産状況並びに課税状況、住民基本台帳、生活保護受給状況について調査することに同意いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住所 | 伊達市 | 電話番号 | 　 |
| 氏名 | 　 | 男・女 | 昭和・平成　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳番号・等級 | 第　　　　号 | 級 |
| 療育手帳番号・程度 | 第　　　　号 | Ａ・Ｂ |
| 精神保健福祉手帳番号・等級 | 第　　　　号 | 級 |
| 世帯の状況 | 氏名 | 個人番号 | 生年月日 | 続柄 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 他のサービス利用の状況 | 自立支援 | 障害支援区分の認定 | 障害支援区分 | １・２・３・４・５・６ |
| 有・無 |
| 有効期間 | 平成　　　年　　月　　日～平成　　　　年　　月　　日 |
| 利用中のサービスの種類と内容 |
| 介護保険 | 要介護認定 | 介護度 | 要支援　１　２要介護　１　２　３　４　５ |
| 有・無 |
| 有効期間 | 　 |
| 利用中のサービスの種類と内容 |
| 支援内容 | 目的 | 　□　社会生活上必要不可欠な外出　□　余暇活動等社会参加のための外出　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 具体的内容 | **具体的な目的**：**希望時間数**：　　　　　時間／月 |