移動支援利用申請書

　　　年　　　月　　　日

西海市福祉事務所長　様

下記のとおり障がい者等移動支援事業を利用したいので申請します。

移動支援利用決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、障害者手帳資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者又は保護者 | ふりがな | 　　　　 | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | 印 | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒電話番号 |
| 対象児童 | ふりがな |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 障害者手帳 | 長崎県　第　　　　　号　（交付日：　　　　年　　月　　日） |
| 障害等級 | 身体：一種・二種　　 　級知的：A1・A2・B1・B2精神：　　　級 | （部位別等級及び障害名） |
| 該当する所得区分 | 生活保護 ・ 非課税 ・ 課税（所得割）〔３万３千円未満 ・ ２３万５千円未満 ・ ２３万５千円以上〕 |
| 移動支援の種類・内容 | □個別支援型（□身体介護を伴う　□身体介護を伴わない）社会生活上必要不可欠な外出　　（月　　　　時間）余暇活動等社会参加のための外出（月　　　　時間）※60時間以内□グループ支援型（身体介護を伴わない）社会生活上必要不可欠な外出　　（月　　　　時間）余暇活動等社会参加のための外出（月　　　　時間）※60時間以内 |
| 現在利用中の福祉サービス（介護保険を含む） | １　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　　）２　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　　）３　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　　） |
| 備　　　考 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　 |