伊豆の国市移動支援事業利用申請書

年　月　日

　　伊豆の国市福祉事務所長　宛

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　印

電話番号

　　伊豆の国市障害者等に対する移動支援事業に関する規則第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業を利用しようとする者 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　月　日 | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | 申請者との続柄 | | |  | | |
| 世帯の状況 | | 氏名 | | 続柄 | | 個人番号 | | | | 氏名 | | | | 続柄 | | | 個人番号 | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
| 身体障害者  手帳番号 | |  | | | 療育手帳  番　　号 | | |  | | | | 精神保健福祉手帳番号 | | | |  | | |
| 他のサービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 障害程度  区　　分 | 有・無 | | | | 区分　１ ２ ３ ４ ５ ６ | | | | | | | | 有効期間 | | |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | 要介護  認　　定 | 有・無 | | | | 要介護度 | | 要支援（　　）・  要介護　１　２　３　４　５ | | | | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する支援の種類・内容 | 種類 | 個別支援型 | | | | | | | | | □　身体介護有り  □　身体介護無し | | | | | | | |
| 内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |