

移動支援事業利用申請書

葛飾区長 あて

葛飾区心身障害者移動支援事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)		
	居住地	電話番号 (日中連絡先)			
利用申請に係る 児童氏名	フリガナ	生年月日	平成 年 月 日 (歳)	続柄	
	利用申請に係る 児童氏名	(小中高年生)			
身体障害者 手帳番号	(種 級)	愛の手帳番号	(度)	愛の手帳 未取得の場合	(療育意見書・診断書・ 特別支援学校・特別支援学級)
手帳障害名					

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
	相談支援 事業所名				
	介護保険 サービス	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			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏名	申請者との 関係		
住所	電話番号		

同意書

利用申請に当たり、障害福祉課長が、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳、生活保護受給状況及び介護保険被保険者台帳を閲覧すること並びに介護保険法の定めによる居宅介護支援事業所、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の定めによる指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所及び児童福祉法の定めによる障害児相談支援事業所からサービス利用に関する情報を得ることに同意します。

申請者 _____

受付者

【事務処理欄】

全身性・準ずる	税情報	区分 無・有	成人移動 1・2・3・4	介護給付費 重度訪問介護 (有・無)
知・児・精		児童移動 有・無		行動援護 (有・無)
総支給時間	時間/月	身体介護 有・無		重度脳性麻痺介護人派遣制度(有・無)
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
利用希望日	<input type="checkbox"/> 審査決定日 <input type="checkbox"/> 至急(月 日~利用希望)			< 歳 >
移動支援利用者番号				< 要介護 ・ 要支援 >

備考欄

確認者

記入例

移動支援事業利用申請書

利用者が児童(18歳未満)の場合、保護者(世帯主)が申請者となります。

葛飾
葛飾

6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日 令和4年 4 月 1日

申請者	フリガナ 氏名	カツシカ ハナコ 葛飾 花子	生年月日	大正 50年 3 月 7日 (47歳) 昭和 平成
	居住地	〒 124-8555 葛飾区立石5-13-11	電話番号	3695-1111 (日中連絡先) 090-1111-1111(母)
フリガナ 利用申請に係る 児童氏名			生年月日	平成 年 月 日 (歳) (小 中 高 年生)
身体障害者 手帳番号	12345 / 種 / 級	愛の手帳番号	(度)	愛の手帳 未取得の場合 (療育意見書・診断書・ 特別支援学校・特別支援学級)
手帳障害名	〇〇による下肢機能障害I級 *手帳に記載されている障害名をご記入ください。			

サービス 利用の 状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等 生活介護、短期入所		
	相談支援 事業所名	〇〇相談支援事業		
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度
		利用中のサービスの種類と内容等		
		要支援()・要介護 1 2 3 4 5		

介護保険を利用されている場合は、要介護度、利用サービスをご記入ください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏名	カツシカ ショウブ 葛飾 しょうぶ	申請者との 関係	母
住所	〒 同上 電話番号		

同意書

利用申請に当たり、障害福祉課長が、私及び世帯主(申請者)の申請書、生活介護受給状況及び介護保険被保険者台帳を閲覧すること並びに介護保険法の定めによる指定特定相談支援事業所からサービス利用に関する情報を得ること、及び社会生活を総合的に支援するための法律の定めによる指定特定相談支援事業所の定めによる障害児相談支

内容をご確認のうえ、署名してください。

申請者 葛飾 花子

受付者

【事務処理欄】

全身性・準ずる	税情報	区分 無・有	成人移動 1・2・3・4	介護給付費 重度訪問介護 (有・無)
知・児・精		児童移動 有・無		行動援護 (有・無)
総支給時間	時間/月	身体介護 有・無		重度脳性麻痺介護人派遣制度(有・無)
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
利用希望日	<input type="checkbox"/> 審査決定日 <input type="checkbox"/> 至急(月 日~利用希望)			< 歳 >
移動支援利用者番号				< 要介護 ・ 要支援 >

備考欄

確認者