様式第１号（第６条関係）

移動支援サービス利用申請書

年　　月　　日

（宛先）橿原市福祉事務所長

　私は、移動支援サービスの利用を下記のとおり申請します。

利用申請に際しては、下記の者の世帯状況、課税状況及び生活保護の受給状況について、各関係機関に調査、照会及び閲覧することに同意します。また、同一の世帯員の課税状況及び生活保護の受給状況について、各関係機関に調査、照会及び閲覧することへの同意については、当該世帯員の同意書を添付します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏　名 | | ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 |
| 個人番号 | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 電話番号 | | |  | | |
| 住所 | | 橿原市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る  児童 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 |
| 個人番号 | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 続柄 | |  | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | | | | | | | | 療育手帳 | | | | | | | | | 精神保健福祉手帳 | | | | |
| 番号 | | 等級 | | | | | | | | | 番号 | | | | | | | 等級 | | 番号 | | | | 等級 |
|  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | |  |
| 次期判定時期・手帳の期限 | | | | | | | | | | | 年　　月・不要 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 利用目的 | | | | | 余暇活動のため　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望時間 | | | | | 時間／月（上限は２４時間） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就学の状況 | | | | | 就学している（７・８月は４０時間利用を希望する・しない）・就学していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村記入欄 | 身体の部位 | | | | | | | 視覚 | | | | | | | | | 級 | | | 重複の場合（　　　　） | | | 級 | |
| 体幹機能 | | | | | | | | | 級 | | | 移動機能 | | | 級 | |
| 四肢 | | | | | | | | | 上肢　　　　　級　・下肢　　　　　　級 | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | 保障型　　・　　補助型　　・　　介護型 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所得区分 （該当に○） | | | | | | | 生活保護受給世帯・市町村民税非課税世帯・市町村民税課税世帯  （18歳未満は住基世帯・18歳以上は本人及び配偶者） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | 重度訪問介護・行動援護・重度障害者包括支援の利用決定（無・有） | | | | | | | | | | | | | | | | |