様式１号（第５条関係）

移動支援事業利用申請書

鞍　手　町　長　　殿

下記のとおり申請します。

なお、移動支援事業利用申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料等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。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 大正昭和　　　年　　月　　日平成 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　 |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　鞍手郡鞍手町大字電話番号 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 続柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 |  | 療育手帳番　　号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
| 疾　病　名 |  |
|  |
| 他のサービス利用の状況 | 障害福祉　　サービス | 障害支援区　　分 | 有・無 | 　区分　 | 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 |
| 内容申請する支援の種類･ | □　個別支援型　（身体介護あり） | □　個別支援型　（身体介護なし） |
| 利用希望事業者 | 有　・　無 | （事業者名）　 |
| （　内　容　） |
| 所得区分 | 生活保護　　・　　低所得１　　・　　低所得２　　・　　一般 |
| 年金・手当等 | 無 | 有　　（　種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　考 |  |