様式第１号（第６条関係）

移動支援事業利用申請書

年　　月　　日

　　　会津美里町長

　　会津美里町移動支援事業実施要綱第６条の規定により、下記により申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 支給申請に係る児童氏名 | | |  | | | | | | |
| 申請者  との続柄 | |  | | | |
| 個人番号 | | |  | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | | 療育手帳 | | | | | 精神保健福祉手帳 | | | | | |
| 番　　号 | | 種別等級 及び障がい名 | | | 番　　号 | | | 程　　度 | | 番　　号 | | | 等　　級 | | |
|  | | 種　　級  障がい名 | | |  | | |  | |  | | | 級 | | |
| 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 | 年 |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 支援の種類・内容 | 種別 | | □　個別支援型 | | | | | | | | □　身体介護あり  □　身体介護なし | | | | |
| 内容 | | □余暇活動及び社会参加のための外出  □社会生活上不可欠な外出  □その他特に町長が必要と認めるもの | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　考 | | | 移動支援事業を利用するにあたり、利用者（私）の情報等を委託事業者に提供することに同意します。  申請者氏名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |