様式第1号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移動支援事業利用申請書  　みなかみ町長　　　　様  　移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。  　移動支援事業の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、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　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請者 | フリガナ | |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |  |
| 氏名 | |  | | | | |
| 居住地 | | 〒　　　―  電話番号 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 利用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 | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | サービス利用の状況 |  | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | 障害程度区分認定 | |  |
| 訪問系サービス | |  | | | | | | | | | 有・無 | |
| 非該当・  区分　1　2　3  　　　4　5　6 | |
| 日中活動系サービス | |  | | | | | | | | |
| 障害福祉サービスの月額負担上限 | |
|  | |
| 居住系サービス | |  | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 移動支援事業申請に係る具体的内容 | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |