様式第1号（第5条関係）

年　　月　　日

御杖村障害者移動支援事業利用申請書

御杖村長　様

御杖村障害者移動支援事業利用について、下記のとおり申請します。

なお、申請に伴い、利用者負担額の算定にあたり所得状況等について村長が調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 年　　齢 | 才　 |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 居 住 地 |  電話番号 |
| フリガナ |  | 年　　齢 | 才 |
| 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 |  | 精神保健福祉手帳番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 有効期限 |  |
| 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 |
| 申請する支援の内容 |  |