

平成 30 年 10 月 11 日

別府市移動支援事業利用申請書

別府市長 あて

別府市障害者移動支援事業実施要綱の規定により下記のとおり申請します。なお、この申請書の審査に当たり、担当者が私及び世帯員の課税台帳を閲覧することに同意します。

1	フリガナ	ベツフ タロウ		生年月日	昭和 55 年 5 月 5 日											
	氏名	別府 太郎		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	居住地	〒 874 - 1111 別府市〇〇町〇番地〇号		電話番号	0977-21-〇〇〇〇											
2	フリガナ			生年月日	年 月 日											
	申請に係る利用者氏名			個人番号												
				続柄												
3	身体障害者手帳番号	大分県 第12345号	療育手帳番号				精神保健福祉手帳番号									
4	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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	区分	1	<input checked="" type="radio"/> 2	3	4	5	6	有効期間	平成28年6月1日～平成31年1月31日			
		利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護（身体介護5時間/月）														
	介護保険	要介護認定	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	要介護度				要支援	1	2	・要介護	1	2	3	4	5
		利用中のサービスの種類と内容等														
申請する支援の種類・内容	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援型														
		<input type="checkbox"/> グループ支援型														
		<input type="checkbox"/> 送迎支援型														
内容	6	・社会生活上必要不可欠な外出 希望支給量（ 3 時間/月） 内容（ 銀行 ） ・余暇活動等の社会参加のための外出 希望支給量（ 20 時間/月） 内容（ 買い物 ） ・利用事業所名（ 〇〇ヘルパー事業所 ）														
7	※申請書の提出について、下記の者を代理人として委任します。															
	(代理人) 氏名		〇〇 〇〇		氏名		別府 太郎		申請者との関係		相談員		氏名		別府 太郎	
	住所		別府市〇〇町〇番地		電話番号		0977-21-〇〇〇〇									

①18歳以上の方は利用する本人名、18歳未満の方は保護者名を記入します

②サービスの利用者が18歳未満の場合、利用する児童の名前を記入します

③手帳番号を記入します

④申請日時点の障害福祉サービス、介護保険サービスの利用状況について記入します

⑤利用を希望する種別にチェックを入れます

⑥希望する支給量と利用目的を記入します。利用予定の事業所名を記入します。

⑦申請者と提出者が異なる場合は、申請者の記名・押印し、この申請書を提出する人を記入します。