

寝屋川市障害者等移動支援事業利用申請書

(あて先) 寝屋川市福祉事務所長

寝屋川市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則第22条第1項の規定により、下記のとおり申請します。なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得及び世帯の状況について調査することに同意します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住所	個人番号：	電話	
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	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	有効期間	
	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	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					
申請する支援の種類・内容	種 別	<input type="checkbox"/> 個別支援型			<input type="checkbox"/> 二人派遣無し	
		<input type="checkbox"/> グループ支援型			<input type="checkbox"/> 二人派遣有り	
		<input type="checkbox"/> 車両移送型				
内 容						