

山武市移動支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 山武市長

申請者 住 所
フリカゝナ
氏 名
電話番号

山武市移動支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

利用者	(フリカゝナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ()	生年月日	年 月 日
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号		
保護者 ※利用者が18歳未満の場合	(フリカゝナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ()	生年月日	年 月 日
			続 柄	
【対象となるものを選択してください】				
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 指定難病 () <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()				

障害支援区分		有・無	【区分】 1 2 3 4 5 6	年 月 日から 年 月 日まで
主治医 ※障害支援区分無の場合	医療機関名	主治医の氏名		
	医療機関所在地			

申請する支援の内容	種別	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型
		<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し
	内容	支給量 (時間/月)

【地域生活支援事業の支給決定に係る同意書】

障害者総合支援法に規定される地域生活支援事業の利用者負担上限額等の算定のために必要な情報（利用者及び利用者の所属する世帯の住民登録資料、市民税の課税状況）について、山武市が保有する情報を確認すること及び、関係機関に報告を求めることを承諾します。

(あて先) 山武市長

利用者 住所
※利用者が18歳未満の場合は保護者 氏名
(続柄)