

草津市障害者移動支援事業利用申請書

年 月 日

草津市長 宛

18才以上の障害者の方は原則
本人名、児童の場合は申請者（保
護者）名を御記入ください。

住所

氏名 印

第5条第1項の規定に基づき下記のとおり申請
します。なお、利用料の額を確認するため、私、私の配偶者および私の扶養義務者の所
得額および市県民税に関する課税台帳等を草津市職員が閲覧することを承諾します。

12ケタの個人番号（マイナンバー）を御記入ください。

申請者	フリガナ	草津 太郎	生年月日	昭和50年1月1日
	氏名	草津 太郎 個人番号 1234 5678 1234		
	住所	〒525-8588 草津市草津三丁目13-30 電話番号（561-2363）		
申請に係る 障害児の氏名	フリガナ	草津 花子	生年月日	平成18年1月1日
		草津 花子 個人番号 1234 5678 1234		
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号	滋賀○○○○号	精神障害者保健 福祉手帳番号

障害者手帳の番号を御記入ください。

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	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	期間	
		利用中のサービスの種類と内容等 この内容は、今回記入不要です				
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 この内容は、今回記入不要です				
申請する 支援の 種類・ 内容	種別	<input type="checkbox"/> 個別移動支援（身体介護を伴う。） <input type="checkbox"/> 個別移動支援（身体介護を伴わない。）				
	希望する 事業者名	○○事業所				
	内容	1ヶ月あたり20時間				

利用中か予定の事業所
を御記入ください。

※ 計画相談支援利用者以外の方は ◇◆裏面の利用計画表も御記入ください◆◆

記入例

利用計画表

名前 (本人) _____

時間曜日	早朝	午前				午後			備考
	6	8	10	12	14	16	18		
月									
火						← 買物や外食のための外出 →			2.5時間 × 月2回
水									
木						← ○○講座への参加 →			2時間 × 月1回
金						← ○○公園等への外出 琵琶湖岸への散策等 →			3時間 × 月1回
土			← 博物館・図書館等への外出 →						5時間 × 月2回
日									
<p><備考欄></p> <p style="color: red;">1ヶ月あたり 20時間 の外出</p>									

- * 利用計画については、できるだけ具体的に記入いただき、申請書とともに提出してください。
 なお、利用計画書中の目的地は各月、曜日により変更は可能です。
 ただし、移動支援事業の対象とならない外出の場合は、利用できませんので予め御了承ください。
- * 利用計画については、このような様式であれば、独自の様式で作成いただいても結構です。
- * 計画相談支援利用者（障害福祉サービス受給者証に計画相談支援の決定がある方）は相談支援事業所に御相談ください。