

別記様式第1号(第6条第1項関係)

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

住 所 _____

氏 名 _____ 印

草津市障害者移動支援事業実施要綱第6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。

記

| | | | | |
|----------------------------|--------------|--------------------------|-------|-------------------|
| 申請者 | フリガナ | | | |
| | 氏名 (個人番号) | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住 所 | 〒 _____ 電話番号(_____) | | |
| フリガナ | | | | |
| 申請に係る 障害者等の氏名 (個人番号) | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 身体障害者 手帳番号 | | 療育手帳 番 号 | | 精神障害者保健 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 | 障害支援 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 内 容 | | | | | |