

大網白里市移動支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 大網白里市長

大網白里市移動支援事業実施規則第5条の規定により、次のとおり申請します。

利用者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
住所	大網白里市			電話番号	
利用児	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
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	

申請内容	種別	<input type="checkbox"/> 個別支援型	<input type="checkbox"/> 身体介護有り	支給量 時間/月	
		<input type="checkbox"/> グループ支援型	<input type="checkbox"/> 身体介護無し		
		事業者名			

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						

申請者	<input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 利用者本人以外 (保護者等) (下の欄に記入してください。)		
氏名		利用者との関係	
住所		電話番号	

【備考】