別記様式第1号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 移動支援事業利用申請書　(宛先)栃木市長　次のとおり自己負担額算出のために必要な個人情報の閲覧に同意の上、申請します。申請年月日　　　　　　年　　月　　日　 |
| 　 | 申請者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日生 | 　 |
| 氏名 | 印 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 利用申請に係る児童氏名 | 　 |
| 利用申請に係る児童個人番号 |  | 続柄 | 　 |
| 障がい種別 | □　身体障がい(障がい種別　　　　　　等級　　　　　級)□　知的障がい(障がい程度　　　　　　　　　　　　　　)□　精神障がい(障がい等級　　　　　　　　　　　　　　)※　重複して障がいがある場合は、該当するすべての□にレを記入してください。 |
| 他のサービスの利用状況 | 障がい福祉サービス | 障がい支援区分 | 無・区分 1 2 3 4 5 6 | 有効期間 | 年　　月　　日 |
| 利用中のサービスの種類と内容 |
| 介護保険 | 要介護認定 | 無・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 |
| 申請する支援の内容 | 　 |
| 利用を希望する事業所 | 事業所　名称：　　　　所在地：* 希望する事業所が利用できない場合がありますので、御承知ください。
 |
| 希望する利用開始日 | 　　　　年　　月　　日※　利用を希望する最初の日を記入してください。 |
| 備考 | 　 |
| 　 |