様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

舟橋村障害者(児)移動支援事業利用申請書

　舟橋村長　宛

　舟橋村障害者(児)移動支援事業利用について、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 電話番号　　―　　―　　　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 支給申請に係る児童氏名 | 　 | 続柄 | 　 |
| 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 | 種類 | □　身体介護を伴う　　　□　身体介護を伴わない |
| 内容 | 　 |