

移動支援事業 利用申請書

下野市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名	印		生年月日	年	月	日
	住所	〒 電話番号					
	フリガナ			生年月日	年	月	日
	利用者氏名			申請者との関係			
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			
等級	種	級	判定	級		級	
申請時間		月		時間		支給決定時間	
		月		時間		月	
		時間		月		時間	
対象者	該当する番号に○を付けてください。						
	1 屋外での移動に著しい制限がある視覚障害者である。(重度訪問看護対象者以外)						
	2 全身性障害者である。(両下肢および両上肢の機能障害) 重度訪問看護対象者以外						
	3 肢体不自由者で四肢のうち両下肢を含む三肢以上の障害を有し立位保持をしての歩行が困難であるため屋外移動に車いすを必要とする。(重度訪問看護対象者以外)						
	4 知的障害者である。(行動援護対象者以外)						
	5 精神障害者で、一人での外出が困難である。(行動援護対象者以外)						
6 屋外での移動に著しい制限がある視覚障害児で保護者が付き添うことができない。							
		"	脳性まひ等全身性障害児で				"
		"	知的障害児で				"

移動支援事業の対象となる外出には目的(社会生活上必要不可欠・社会参加のため等)・時間帯があります。

児童では、対象となる年齢及び「保護者が付き添うことができない場合」疾病、出産、事故等があります。

申請書氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。