

### 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。

忘れずに  
押印して  
下さい。

申請年月日 平成20年3月15日

申請者	フリガナ	シモツケ シンタロウ		生年月日	昭和50年1月4日	
	氏名	下野 新太郎			印	
	住所	〒 329-0594 下野市石橋552-4		電話番号 0285-52-1112		
フリガナ	シモツケ シンタロウ		生年月日	昭和50年1月4日		
利用者氏名	下野 新太郎		申請者との関係	本人		
身体障害者 手帳番号	栃木県第1234	療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		
等級	1種1級	判定		級	級	
申請時間	月	10時間	支給決定時間	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)					
	〃	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。