

様式第17号(第42条)

吉野ヶ里町移動支援事業利用申請書

吉野ヶ里町長 様

下記のとおり申請します。

記

申請年月日 令和 年 月 日

|     |                 |   |            |                |                   |      |
|-----|-----------------|---|------------|----------------|-------------------|------|
| 申請者 | フリガナ            |   | 生年月日       | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日             |      |
|     | 氏名              | Ⓜ |            |                |                   |      |
| 申請者 | 居住地             | 〒 |            |                |                   | 電話番号 |
|     | フリガナ            |   | 生年月日       | 昭和・平成          | 年 月 日             |      |
| 申請者 | 支給申請に係る<br>児童氏名 |   | 続柄         |                |                   |      |
|     | 身体障害者<br>手帳番号   |   | 療育手帳<br>番号 |                | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |      |

|                      |              |                                |     |  |          |               |
|----------------------|--------------|--------------------------------|-----|--|----------|---------------|
| 他のサービス<br>利用状況       | 障害福祉<br>サービス | 障害支援<br>区分                     | 有・無 | 区分 1 2 3 4 5 6   | 有効<br>期間 |               |
|                      |              | 利用中のサービスの種類と内容等                |     |  |          |               |
| 申請する<br>支援の種類・<br>内容 | 介護保険         | 要介護認定                          | 有・無 | 要介護度   | 要介護 ( )  | 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<br>支援の種類・<br>内容 | 種別           | <input type="checkbox"/> 個別支援型 |     | <input type="checkbox"/> 身体介護有り<br><input type="checkbox"/> 身体介護無し |          |               |
|                      | 内容           |                                |     |  |          |               |