様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

糸満市障害者等移動支援事業利用登録申請書

糸満市福祉事務所長　殿

　糸満市障害者等移動支援事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 世帯主との関係 |  |
| 居住地 | 電話 |
| 申請者が利用者でない場合（児童含） | フリガナ |  | 生年月日 |
| 利用者氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 続柄 |  |
| 利用者が児童の場合 | 学校名 |  | 生活保護の受給有無 | 有　　無 |
| 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 |  |

その他のサービスの利用状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　１　２ | 要介護　　１ ２ ３ ４ ５ |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 申請内容 | 支援の内容 | 個別移動支援 | 身体介護の有無 | 有　　　　無 |
| 　社会生活上必要不可欠な外出　余暇活動等社会参加のための外出□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

同意書

上記利用者に扶助される障害者等移動支援給付費を指定事業者に支払うことに同意します。

利用者又は申請者氏名