

網掛け部分は必ず記入願います。

印西市移動支援事業利用申請書

印西市福祉事務所長 様

印西市移動支援事業実施規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな	いんざい たろう		生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	印西太郎			
	居住地	印西市大森2364番地2		電話番号	0476-33-4639
フリガナ		(いんざい いちろう)		生年月日	(平成〇年〇月〇日)
申請に係る児童氏名 (18歳未満)		(印西一郎)			
身体障害者手帳番号	千葉県 第〇〇〇〇〇〇号	療育手帳番号	第〇〇〇〇〇〇号	精神保健福祉手帳番号	第〇〇〇〇〇〇号

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6	有効期間	令和〇年〇月〇日まで
		利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護 短期入所 児童発達支援 放課後等デイサービス その他					
介護保険	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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">レ点と前年度の時間数を記入（必須）</div>					
※支援の種類・内容	種類	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> グループ支援					
	内容	<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し () 時間/月 () 時間/月					

※支援の種類・内容については、前年度（令和2年度）の「印西市移動支援事業利用決定通知書」を確認のうえ、ご記入ください。なお、確認できない場合はご利用事業所へお問い合わせください。