

移動支援事業 利用申請書

申請年月日 令和 年 月 日

小山市長 様

下記のとおり、移動支援事業の利用を申請します。

また、移動支援事業の利用決定のため、申請者又は利用者世帯の住民登録資料、税務資料、その他必要な資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	印			
	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	等級	級
申請時間	時間/月		支給決定時間	時間/月	
対象者	<p>該当する番号に○をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 屋外での移動に著しい制限がある視覚障害者である。(重度訪問介護対象者以外) 全身性障害者である。(両下肢および両上肢の機能障害、重度訪問介護対象者以外) 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。(重度訪問介護対象者以外) 知的障害者である。(行動援護対象者以外) 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) 屋外での移動に著しい制限がある視覚障害児・脳性まひ等全身性障害児・知的障害児で保護者が付き添うことができない。 <p>※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。</p> <p>※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。</p>				