様式第７号

（　新規　・　継続　・　変更　）

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 | 該当する番号に〇をつけてください。   1. 屋外での移動に著しい制限がある視覚障害者である。（重度訪問介護対象者以外） 2. 全身性障害者である。（両下肢および両上肢の機能障害、重度訪問介護対象者以外） 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。（重度訪問介護対象者以外） 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） 6. 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。   ※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。 | | | | | | | | | |