様式第１号の２（第８条関係）

地域生活支援事業利用申請書(移動支援事業)

年　月　日

土佐清水市福祉事務所長　様

申請者　 住　　所

氏　　名

対象者との続柄　　 ( 　　　　　)

電話番号

土佐清水市地域生活支援事業実施規則第８条第１項の規定により，下記のとおり申請します。

また，申請にあたり，土佐清水市福祉事務所長が該当事由の証明のため，私(世帯)の住民登録資料，税務資料その他について，各関係機関に調査，照会，閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 (　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 住所 | 土佐清水市 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害手帳 | 身体障害 | 手帳番号 | 県・市第　　　　　　号 | 交付日 | 年　　　月　　　日 |
| 障害部位 |  | 障害等級 | 種　　　　　　級 |
| 知的障害 | 手帳番号 |  | 判定内容 |  | 交付日 | 年　　　月　　　日 |
| 精神障害 | 手帳番号 |  | 判定内容 |  | 交付日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 氏　名 | 続 柄 | 生年月日 | 個人番号 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 外出目的 | 選択 | 内　容(利用目的に該当する欄に○印をして下さい。) |
|  | ①　公的機関又は医療機関等への外出等 |
|  | ②　市民大会等各種行事への参加のための外出等 |
|  | ③　学校行事等への参加のための外出等 |
|  | ④　公的施策によって行われる研修，講座等への出席のための外出等 |
|  | ⑤　冠婚葬祭のための外出等 |
|  | ⑥　奉仕活動のための外出等 |
|  | ⑦　その他の外出( )等 |
| 利用内容の詳細等 | ※　利用内容の詳細について記入するとともに，希望等がある場合は，併せて記入してください。 |
| 利用希望期間 | 年　 月　 日 ～　　　　年 　月 　日 | 派遣希望場所(自宅以外の場所に派遣を希望する場合) |
|  |
| 希望事業者 |  | 電話番号 | (　　) |
| 他のサービスの利用状況 | 障害福祉サービス | 障害程度区分 | 有　・　無 | 利用中のサービスの種類と内容 |
| 区分　１　２　３　４　５　６ |
| 有効期間 | 年　　月　　日迄 |
| 介護保険 | 要介護認定 | 有　・　無 | 利用中のサービスの種類と内容 |
| 要支援( 　　　　　)・要介護　１　２　３　４　５ |
| 施設入所・入院等 | ① 在　宅　　　　② グループホーム等入所中　　　　③ ②以外の社会福祉施設入所中④ 病院，診療所に入院中　　　　⑤その他の施設等入所中(　　　　　　　　　　) |