様式第２号の２（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地域生活支援事業調査書(移動支援事業) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書受付番号 及び受理年月日 | | 第号 年　　月　　日 | | | 申請者 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | |  |
| 対象者 | 氏名 |  | | | 性別 | | |  | 生年月日 | | | 年　　月　　日(　　　 歳) | | | | | |
| 住所 | 土佐清水市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害 手帳番号 | 第　　　　　　号 | | | 障害名 | | |  | | | | | | | 等級等 | |  |
| 世帯状況 | 氏名 | 続柄 | 課税状況等 | | | | | | | | | | | | | 備考 | |
| 課税区分 | | | | 市民税均等割 | | | | 市民税所得割 | | | | |
|  |  | 課　税・非課税 | | | | 円 | | | | 円 | | | | |  | |
|  |  | 課　税・非課税 | | | | 円 | | | | 円 | | | | |  | |
|  |  | 課　税・非課税 | | | | 円 | | | | 円 | | | | |  | |
|  |  | 課　税・非課税 | | | | 円 | | | | 円 | | | | |  | |
|  |  | 課　税・非課税 | | | | 円 | | | | 円 | | | | |  | |
| 所得区分 | | １．生活保護　　　　　２．低所得　　　　　３．一般１　　　　　４．一般２ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(　　　　　　　　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他のサービス利用状況 | 障害福祉 サービス | 障害程度区分 | | | 有　・　無 | | | | ※　有の場合の程度区分  区分　　 １ ２ ３ ４ ５ ６ | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | ～ | 平成　　年　　月　　日  平成　　年　　月　　日 | | | | | | ※　利用中のサービス | | | | | |
| 介護保険 | 要介護認定 | | | 有　・　無 | | | | ※　有の場合の認定区分  要支援(　　 )　・要介護　 １ ２ ３ ４ ５ | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | ～ | 平成　　年　　月　　日  平成　　年　　月　　日 | | | | | | | ※　利用中のサービス | | | | |
| 決定内容 | 決定の可否 | １．可  2　否 | | 却下の 理　由 |  | | | | | | | | | | | | |
| 支給量 |  | | | | | | | | 負担上限月額 | | | | 円 | | | |
| 決定期間 | 平成　　　　年　　　月　　　 日 ～ 平成 　　　年 　　　月 　　　日 (　　ヶ月) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 派遣目的 | ※　利用許可を出した派遣の目的について記載する。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ｈ　　　 年　　　月　　　 日  調査員 　役職名  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |