様式第５号（第10条関係）

地域生活支援事業利用依頼書

( 移動支援(個別支援型)事　業 )

年　　月　　日

委託業者

様

土佐清水市福祉事務所長

下記のとおり，移動支援 事業に係る決定をしましたので，通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 |  | 決定年月日 | 平成　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 居住地 | 土佐清水市 |
| 有効期間 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　 ヶ月間)平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 支給量 |  | 負担上限月額 | 円 |
| 所得区分 | １．生活保護　　２．低所得　　　 ３．一般１　　　４．一般２ |
| 主な利用目的等 |  |
| 利用者負担割合 | 利用料の１割(ただし，生活保護世帯及び低所得世帯を除く。) |
| 特記事項 |  |