

八雲町移動支援事業個別移動支援支給申請書

年 月 日

八雲町長 様

(申請者) 住所

氏名

電話

次のとおり個別移動支援を受給したいので申請します。

私は、この申請に係る事務を行うため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他、障害者総合支援法、介護保険法並びに児童福祉法に基づく施設等への入所または入居について、町が各関係機関、関係事業者に調査、照会、閲覧することを承諾します。

利用者の状況	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
障がい種別	<input type="checkbox"/> 視覚障がい1～2級 <input type="checkbox"/> 下肢機能障がい1～2級 <input type="checkbox"/> 体幹機能障がい1～3級 <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい1～2級 <input type="checkbox"/> 指定難病罹患者	
利用希望	利用目的	
	希望事業所	

※障がいを証明する手帳の写しまたは指定難病を罹患していることを証明する医師の診断書（国際疾病分類第10版によるICDコードおよび初診日を併記したもの）を添付して下さい。

ここから下の欄は記入しないでください。

他制度の優先利用の可否	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護
	<input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> なし
施設入所等の有無	<input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし