

### 移動支援費支給申請書

(提出先) .....区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号																			
	氏名		受給者番号																			
			生年月日	T S H	年	月	日	( )														
			性別	男 ・ 女																		
居住地	〒																					
		電話番号																				
	フリガナ		個人番号																			
	支給申請に係る 児童氏名		生年月日	H	年	月	日	( )														
			性別	男 ・ 女																		
	手帳名	手帳番号																	等級			
	身体障がい者手帳																					
	療育手帳																					
	精神障がい者保健福祉手帳																					
現在のサービス利用の状況	介護給付費 又は障がい児通所 給付費  (支給決定期間) ※右サービスのうち、 利用しているもののみ記載	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間																			
		<input type="checkbox"/> 家事援助	時間																			
		<input type="checkbox"/> 通院等介助	時間	平成 年 月 日から																		
		<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	回	平成 年 月 日まで																		
		<input type="checkbox"/> 短期入所	日																			
		<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日																			
	入所施設	<input type="checkbox"/> 入所施設名 ( ) <input type="checkbox"/> 施設住所 ( ) <div style="text-align: center;">電話番号 ( )</div>																				
介護保険の利用状況	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援 ( )	要介護1・2・3・4・5																	
	利用中のサービスの種類と内容等																					
申請内容	移動支援事業	月 時間																				

届出者(※)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係
	氏名印			
	居住地	〒		

※ 本人が届け出る場合は記入不要です。