

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。(新規 更新)

申請年月日 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	年	月	日	(歳)														
	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	年	月	日	(歳)														
	手帳名	手帳番号		等級																	
	身体障がい者手帳			() 級																	
	療育手帳			A・B1・B2																	
	精神障がい者保健福祉手帳			() 級																	
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																		
		<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	回	年	月	日から															
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間	年	月	日まで															
		<input type="checkbox"/> 行動援護	時間																		
		<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 () 電話番号 ()																			
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	申請者との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 代行者	
	居住地	〒	電話番号 ()	

※ 本人が届け出る場合は記入不要です。