

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	☐ 身体介護	時間		年 月 日から 年 月 日まで									
		☐ 家事援助	時間											
		☐ 通院等介助	時間											
		☐ 通院等乗降介助	回											
		☐ 重度訪問介護	時間											
		☐ 行動援護	時間											
		☐ 短期入所	日											
		☐ 放課後等デイサービス	日											
		入所施設	☐ 入所施設名 () ☐ 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			☐ 代理人 ☐ 代行者	申請者との関係
	氏 名				
	居 住 地	〒			
電話番号 ()					

本人が届け出る場合は記入不要です。