

移動支援支給申請書

豊島区長

次のとおり申請します。また、利用者負担額の決定のため、私の世帯の状況及び課税状況、手当受給状況等を公簿等により調査することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号														
	氏 名		生年月日	年 月 日													
	居 住 地	〒 電話番号															
フリガナ			個人番号														
支給申請に係る 障 害 児 氏 名			生年月日	年 月 日									続 柄				
障害の種類		あてはまるものに○をつけてください。 知的障害 視覚障害 肢体不自由1・2級 精神障害 難病(疾患名)															
身体障害者手帳番号			愛の手帳番号														

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間					
		利用中のサービスの種類と内容等														
	介護保険サービス	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														

利用目的	移動支援を申請の方は、あてはまるものに○をつけてください。
	1. 社会生活上必要不可欠な外出および余暇活動等社会参加のため(通学・通所・通勤を除く) 2. 介護者の疾病等による学校等への通学の送迎 3. 介護者の疾病等による施設等への通所の送迎 4. 単独での通所・通勤に慣れるための外出支援 5. 帰省期間中の利用のため 6. その他()

申請書提出者	※申請者（本人）以外の方が提出する場合のみ記入してください。		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 電話番号		
受付印	受 付 担 当 者	※ 備 考	