

瑞浪市移動支援事業利用申請書

瑞浪市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	〒		電話番号	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
				続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	
負担上限月額に関する認定	1 生活保護世帯及び市民税非課税世帯 2 障害者で世帯の市民税所得割額の合計が16万円未満の者 3 障害児で世帯の市民税所得割額の合計が28万円未満の者 4 市民税課税世帯で2及び3以外の者				

サービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	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	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				
申請種類・内容	種別	<input type="checkbox"/> 身体介護あり		<input type="checkbox"/> 身体介護なし		
	内容					

届出者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者以外	申請者との関係
	氏名				
	住所	〒		電話番号	

※負担上限月額に関する認定については、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。