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　　　　　　　　　　 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児　童　氏　名 |  |
| 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 |
| 申請する支援の種類・内容 | 種　別 | □　身体介護あり　　　　　　□　身体介護なし |
| 内　容 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ |  | □申請者□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。