様式第1号（第4条関係）

年　 　　月　　　日

北中城村移動支援事業利用申請書

北中城村長　　様

申請者　　　　　　　　　　　　 　　　印

　　北中城村移動支援事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 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 |
| 利 用 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他の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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 申請する支援の種類・内容 | 種　別 | □　個別支援型 | | | | □　身体介護有り  □　身体介護無し | |
| □　グループ支援型 | | | |
| 内　容 |  | | | | | |