記入例

大津市障害者移動支援事業新規（継続）利用申請書

（あ て 先 ）

大 津 市 長

●年●月●日

住 所　大 津 市 御 陵 町 3 番 1 号

氏 名　大 津　ひ か る

▼送付先のご希望がある場合は、ご記入ください。

通知送付先　〒

住 所

氏 名

枠内は、空欄への記入が必要です。

利用希望者が18歳未満の児童の場合は記載してください。

大津市障害者移動支援事業実施要領第８条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、利用者負担額の確認のため、私及び私の世帯の課税状況及び生活保護受給状況について調査することを承諾します。

申請者	フリガナ	オオツ　ヒカル	生年月日	１９８２年１月１日
	氏　名	大 津　ひ か る		
	住　所	〒 大 津 市 御 陵 町 3 番 1 号		
	電話番号	０７７―１１１１－１１１１		
フリガナ		オオツ　ビワコ	生年月日	２０１２年１月１日
申請に係る障害児の氏名		大 津　び わ こ		
利用の継続		□ 備		
障害の状況		●年●月●日　から　●年６月３０日		
		□全身性障害又は全身性障害に準ずる障害 ※全身性障害：両上肢、両下肢にいずれも障害があって、障害の等級が ※全身性障害に準ずる障害：上肢、下肢にいずれも障害があって、体幹 □視覚障害　□知的障害　□精神障害		
種　別		□個別支援　□車両移送型支援　□グループ支援		
内　容		□２人介護が必要である。 □大津市の団体補助金の交付を受けている障害当事者の団体の役 団体の会議等に出席するために個別支援を利用する必要がある □期間限定（長期休暇中等）で利用の上限の変更が必要である。		
添付書類		・　大津市障害者移動支援事業利用計画書 ・（2 人介護の新規申請をする場合）（別紙）２人介護利用に当たっての意見書 ・（利用の上限等の変更申請をする場合）（別紙）利用の上限等にかかる変更が必要な理由		

現在の利用決定内容と同じ内容で利用申請する場合は、「□」にチェックをしてください。※新規申請の場合は記載不要です。

利用決定期間は、利用開始希望日から次の６月３０日までです。

利用希望者の状況・利用希望等に当てはまるものにチェックをお願いします。※分かる範囲で結構です。