

(あて先)

年 月 日

大津市長

1 申請者

利用者が、

1. 18歳以上の場合

① ②とも利用者本人

2. 18歳未満の場合

① = 保護者、② = 利用する児童

3. 成年後見人等がいる場合

① = 成年後見人等、② = 利用者本人

住 所 〒

氏 名

電話番号

▼通知書等送付先のご希望がある場合は、ご記入ください。

住 所 〒

氏 名

電話番号

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。

2 利用者

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			
利用申請期間		年 月 日 から 年 月 日		
障害の状況		☐ 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つて、障害の等級が1級 ※全身性障害に準ずる障害：上肢、下肢にいずれも障害があつて、体幹又は下肢3級以上 ☐ 視覚障害 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害		
申請内容		☐ 現在の利用決定と同じ種別及び内容で継続申請（以下、記入不要） ☐ 新規申請 ☐ 変更申請		
利用種別		☐ 個別支援 ☐ 車両移送		
利用内容 (該当する場合のみ)		☐ 2人介護が必要である。 ☐ 大津市の団体補助金の交付 団体の会議等に出席するた ☐ 期間限定（長期休暇中等）		
添付書類 (継続の場合は不要)		新規申請の場合 ☐ 大津市障害者移動支援事業利用計画書またはサービス等利用計画案 ☐ サービス等利用計画案提出済（すでに提出している場合はこちらにチェック） 新規・変更申請で該当する場合 ☐ （別紙）2人介護利用に当たつての意見書 ☐ （別紙）利用の上限等にかかる変更が必要な理由		

サービス等利用計画書案に移動支援についても記載がある場合は、大津市障害者移動支援事業利用計画書の提出は不要です。
すでに障害福祉課にサービス等利用計画案を提出している場合は「提出済」にチェックしてください。