

(様式第 2 号)

大津市障害者移動支援事業新規（継続）利用申請書

(あて先)

年 月 日

大津市長

(申請者) 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。

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 ☐ 車両移送型支援 ☐ グループ支援		
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を受けている障害当事者の団体の役員等であつて、当該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 (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		

()

-----以下は市役所使用欄です（記入不要）-----

障 害 の 状 況	☐ 身体障害者手帳（上肢 級、下肢 級、体幹 級、視覚 級） ☐ 療育手帳（ A 1 A 2 B 1 B 2 ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（ 級） ☐ 自立支援医療（精神通院医療）の支給決定 ☐ その他			
他 の サ ー ビ ス の 状 況	障 害 福 祉 サ ー ビ ス	障 害 支 援 区 分	なし ・ 区分 1 2 3 4 5 6	
			認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
			行動点数	点
		支 給 決 定	重度訪問介護	なし ・ 時間／月
	行動援護		なし ・ 時間／月	
	介 護 保 険	要 介 護 認 定	なし ・ 要支援() 要介護 1 2 3 4 5	
			認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	備 考			

大津市障害者移動支援事業実施要領第4条（1）（2）（3）（4）（5）該当 ／ 非該当