

(様式第2号)

大津市障害者移動支援事業利用申請書

(あて先)

年 月 日

大津市長

住所 _____

氏名 _____

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		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号		
	住所	〒		
	電話番号			
フリガナ			生年月日	年 月 日
申請に係る障害児の氏名		個人番号		
障害の状況		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害		
申請する支援の種別等	種別	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> グループ支援 <input type="checkbox"/> 車両移送型支援		
	利用開始日	令和3年 月 日		
	内容	<input type="checkbox"/> 2人介護が必要である。 <input type="checkbox"/> 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。団体名：() <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他		
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			

▼大津市からの通知を、表面の申請者及び住所以外に送付する必要がある場合のみ、下記に送付先を記入してください。

送付先住所	〒
送付先氏名	

-----以下は市役所使用欄です（記入不要）-----

障害の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（上肢 級、下肢 級、体幹 級、視覚 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ A1 A2 B1 B2 ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 自立支援医療（精神通院医療）の支給決定 <input type="checkbox"/> 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
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