

記入例（新しく利用を開始するとき、更新をするとき）表面

(様式第2号)

大津市障害者移動支援事業利用申請書

年 月 日

(あて先)

申請者

18歳以上：本人

18歳未満：保護者

※利用決定通知書を、申請者及び住所以外に送付する必要がある場合は、裏面に送付先を記入してください。

住所 大津市御陵町3番1号

氏名 大津 ひかる

規定に基づき、下記のとおり申請します。
世帯の課税状況及び生活保護受給状況につ

申請者	フリガナ	オツ ヒカ	生年月日	○年 ○月 ○日	
	氏名	大津 ひかる 個人番号 <input type="text"/> マイナンバー			
	住所	〒520-8575 大津市御陵町3番1号			
フリガナ	オツ タロウ	申請に係る 障害児の氏名	個人番号 <input type="text"/> マイナンバー	該当する欄にチェックを してください。	
氏名	大津 太郎				
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 ※全身性障害に準ずる障害：上肢、下肢にいずれも <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input checked="" 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 checked="" 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			申請するサービス種別全てに チェックをしてください。
	利用開始日	○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 等であって、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）利用の上限に係る変更が必要である。 <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のみ）2人介護利用に当たっての意見書 ・（利用の上限等の変更が必要な場合のみ）利用の上限に係る変更を必要とする理由書				

更新の場合は、7月1日と記載してください。

該当があれば、チェックをしてください。