様式第1号（第9条関係）

年　　月　　日

身延町長　　様

（申請者）

住所

氏名　　　　　　　　　㊞

　利用対象者との続柄（　　）

電話番号

移動支援給付費支給承認申請書

次のとおり身延町移動支援事業の利用を申請します。

なお、サービスの利用料及び利用決定のため、私の世帯の住民登録資料・税務資料その他について、各関係機関に調査、照会等することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 保護者  （18歳未満の  利用対象者のみ） | フリガナ |  | 続柄 | □父　　□母  □その他  （　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 住所  （同上なら省略） |  | 電話番号  （同上なら省略） |  |
| 障害等の  種別 | □ 身体　 □ 知的 　□ 精神 　 □ 発達　 □ 難病  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 利用する  サービス | サービスの  種類 | □ヘルパー支援型　　□車輌移送型 | | |
| 身体介護 | □あり（歩行・移乗・食事摂取・排せつ等の介助が必要な方）  □なし | | |
| 利用目的 | □官公署・金融機関での手続や相談等　□通院等　□買い物　□冠婚葬祭・式典等  □余暇（レジャー・外食等）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |

添付書類　（１）障害等に関する確認書類（手帳のコピー、診断書等）