

様式1号（第6条関係）

移動支援事業利用申請書（新規・更新・変更・再交付）

令和 年 月 日

延岡市長

申請者（18歳未満の場合は保護者）

住所

氏名 (印不要)

移動支援事業（ガイドヘルパー）を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	氏名	〇〇 △△	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 電話番号		
	障害手帳番号	例) 身体 第〇〇号、療育 第〇〇号 等		
	障害名・等級	例) 両上肢機能障害 ●級 療育 A・B1 等		
同居家族等	氏名	利用者との続柄	生年月日	備考
	●● 〇〇	父	S〇.〇.〇	
	※家族については住民票上の状況ではなく、 <u>実際に一緒に住んでいる人の状況を記入</u> します。			
希望するサービス時間・回数等		例) 20時間/月、週1回 昨年と同じ。 ※基本、月20時間が限度です。 ※現在の利用時間を増やしたい場合は、理由を記入してください。		
希望する事業所名		例) 〇〇介護 等		
利用内容、移動・歩行時の状況等		例) ・外でふらつくため見守りが必要 ・緊急時の支援希望 ・知的障がいのため1人で外出が困難 ・余暇活動、買い物 ・急な飛び出しあり ・人とコミュニケーションが難しい ・家族が高齢、体調不良で付き添えない 等		
※移動（外出）の際、支援が必要な理由や方法を記入				

上記の認定のため、利用者及び利用者の世帯員に係る所得及び課税の状況について、官公署に調査を嘱託し、又は地方税法に基づく住民税の課税台帳により確認されることに同意します。

※↓氏名を記入

令和 年 月 日 申請者（18歳未満の場合は保護者） 〇〇 △△