**移動支援事業利用申請書**

松原市福祉事務所長　様

下記のとおり申請します。

なお、申請に当たっては、本申請書記載の同意事項について承諾いたします（世帯全員の同意は申請者が得ています）。

申請年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（児童の利用にあっては保護者） | フリガナ | |  | | | 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | 〒  電話番号　　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用に係る児童氏名 | | |  | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 続　柄 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者  手帳番号 | |  | | 療育手帳  番　号 |  | | 精神保健福  祉手帳番号 | | | | | |  | | | | | | | |
| 主治医の  連絡先 | | （勤務先医療機関の住所）  （勤務先医療機関の名称）  （主治医の氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する内容（利用時間数） | 時間／月 |

【同意事項】

1. 利用者負担上限額を決定するに当たり、世帯全員の住民税課税台帳、生活保護受給者台帳の確認を行うこと。
2. 移動支援事業の利用を決定するに当たり、申請者の主治医に意見を求めること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　　　□申請者本人以外　（下記の欄に詳細内容記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  電話番号　　　　　　　　（　　　　　　　） | | |

|  |
| --- |
| （代理受領）　本申請により移動支援事業の利用決定を受けた場合、サービス利用料の請求及び受領を下記の事業者に委任します。 |
| 委任者  （申請者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 受任者  （事業者の代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |