

(様式第2号)

大津市障害者移動支援事業新規(継続)利用申請書

(あて先)

年 月 日

大津市長

住所

氏名

▼送付先のご希望がある場合は、ご記入ください。

通知送付先 〒
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	□□□ □□□		
	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	□□□ □□□ (18 歳未満)			
利用の継続	<input type="checkbox"/> 現在の利用決定と同じ内容で利用の継続を希望する。 備考：こちらにチェックされた方は、次の「障害の状況」以降 <u>記入不要</u> です。 ただし、必要な添付書類については、ご提出をお願いします。			
利用申請期間	令和5年7月1日 から 令和6年6月30日			
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			
種 別	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> 車両移送型支援 <input type="checkbox"/> グループ支援			
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参加するために個別支援を利用する必要がある。 <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。			
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> 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人介護利用に当たつての意見書 (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 			

-----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（ A 1 A 2 B 1 B 2 ） <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