様式第4号(第9条関係)

移動支援事業利用登録申請書

年　　月　　日

　久喜市長　　　　あて

住所

申請者

氏名

　次のとおり移動支援事業の利用登録を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 住所 | 電話番号　　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本年１月１日の住所 | |  | | | | | | | 住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。 | | | | | |
| 昨年１月１日の住所 | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 更生相談所、児童相談所等の判定・診断の有無 | | 有・無  　(判定機関名　　　　　　　　　　　　　　)  　(判定年月日　　　　　　　年　　月　　日) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他のサービス利用の状況 | 障害福祉  サービス | 障害支援区分 | 有・無 | | 区分  1　2　3　4　5　6 | | | 有効期間 | |  |
| 利用中のサービスの種類、内容等 | | | | | | | | |
| 介護保険 | 要介護認定 | 有・無 | | 要介護度 | | 要支援　1　2  要介護　1　2　3　4　5 | | | |
| 利用中のサービスの種類、内容等 | | | | | | | | |
| 申請する支援の  種類・内容 | 種別 | 身体介護有り | | 月　　　　時間 | | 身体介護なし | | | 月　　　　時間 | |
| 内容 |  | | | | | | | | |