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 | 　 |