

嘉麻市障がい者等移動支援費支給申請書（新規・変更・更新）

福祉事務所長 様

次のとおり申請します。（太枠内は必ず記入）

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：		
	居住地	電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	年齢（ 才）	個人番号：	続柄	
身体障がい者 手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉 手帳番号

サービスの 利用 状況	地域生活 支援事業 サービス	移動支援事業受給者番号【 】（ ）時間／月			
	障がい福祉 サービス	障害支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間
		介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度

申請する サービス	サービスの種類	申請にかかる具体的内容
	移動支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年 月までの許可時間数で希望する <input type="checkbox"/> チェック ・（ ）時間／月 ・身体介護を伴う場合 <input type="checkbox"/> チェック ・生活保護受給中のみ <input type="checkbox"/> チェック
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">障害種別</div> 身体 <input type="checkbox"/> チェック 知的 <input type="checkbox"/> チェック 精神 <input type="checkbox"/> チェック 難病 <input type="checkbox"/> チェック 児童 <input type="checkbox"/> チェック		

代理人	(フリガナ)	申請者との関係	代理人	代理人住所
	代理人氏名		生年月日	
	㊟	1. 同一世帯 2. 法定代理人 3. その他	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	
上記の者を代理人と認め、 移動支援費支給の申請を委任します。			申請者	
			㊟	

※記名押印に代えて署名することができます。

※申請者との関係（代理申請が可能な方一覧）

1. 同一世帯：申請者の属する世帯の世帯構成者
2. 法定代理人：親権者、未成年後見人、成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人及び代理権付与の審判がなされた補助人
3. その他：親族その他の平素から申請者本人の身の回りの世話をしている方等で市長が特に認める方