第１号様式（第５条関係）

世田谷区移動支援支給申請書

年　　　月　　　日

世田谷区長　　あて

次のとおり申請します。

申請者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 昭和・平成・令和  　　　年　　月　　日生  （　　　　）歳 | | 対象者との続柄 |
| 氏　名 | 個人番号 |
| 居住地 | 〒 | | 電話  （　　　　　） | |

対象者　　□申請者に同じ　　　　＊児童の場合は児童氏名を記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 昭和・平成・令和  　　　年　　月　　日生  （　　　　）歳 | |  |
| 氏　名 | 個人番号 |
| 居住地 | 〒 | | 電話  （　　　　　） | |

日中の状況や障害の種別等

|  |  |
| --- | --- |
| 日中の  状　況 | □児童発達支援　　□放課後等デイサービス　　□保育園・学校等（　　　　　　　　） |
| □就労継続支援Ｂ型　　□生活介護　　□自立訓練　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 種別等 | □全身性障害　　□視覚障害　　□知的障害　　□精神障害　　□高次脳機能障害 |
| □成人　　　　　□児童 |

申請する内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □移動支援  身体介護有り | 時間 | 内訳 | 移動支援　　　　　　　（　　　　　）時間 |
| 通学・通所にかかる支援（　　　　　）時間 |
| □移動支援  身体介護無し | 時間 | 内訳 | 移動支援　　　　　　　（　　　　　）時間 |
| 通学・通所にかかる支援（　　　　　）時間 |

受付職員処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通学・通所移動支援の要件確認： | | | | |
| 申請者番号確認 | 来庁者本人確認　　　□１点○２点で確認 | | 委任確認 | 受付者 |
| □個人番号カード  □通知カード  □住民票  □その他 | □運転免許証　□個人番号カード　□パスポート　□身障手帳 □愛の手帳　　□在留カード等　　□その他（　　　　　　） ○健康保険証　○年金手帳 ○その他（　　　　　　　　） | | □委任状 □申請者の健康保険証 □その他 （　　　　　） |  |
| 代理人氏名： | | 代理人住所： | | |