様式第１号（第６条・第９条関係）

年　　月　　日

（宛先）春日市福祉事務所長

春日市障害者等移動支援費支給（変更）申請書

春日市障害者等移動支援費支給事業実施規則（ 第６条 ・ 第９条第１項 ）の規定により、次のとおり申請します。

なお、移動支援費の支給の（変更）決定のため、私の世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の利用並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">ふりがな
支給申請に係る児童の氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>続　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳番号</td><td></td><td>療育手帳番号</td><td></td><td>精神障害者保健福祉手帳番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">利用中のサービス</td><td rowspan="2">障害福祉サービス</td><td>障害支援区分</td><td>有・無</td><td>区分　１　２　３　４　５　６</td><td>有効期間</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">１　居宅サービス　　２　通所サービス</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険サービス</td><td>要介護認定</td><td>有・無</td><td colspan="3">要支援１　２　・　要介護１　２　３　４　５</td></tr>
<tr><td colspan="5">１　居宅サービス　　２　通所サービス</td></tr>
<tr><td rowspan="2">移動支援の内容</td><td>種　別</td><td colspan="5">１　個別支援型　　２　グループ支援型　　３　通学支援型</td></tr>
<tr><td>利用時間数</td><td colspan="5">時間／月</td></tr>
</table>