

精神障害者移動支援事業利用申請書

葛飾区長 あて

葛飾区精神障害者移動支援事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名				
	居住地	〒		電話番号	
精神保健福祉手帳番号		級	有効期限	年 月 日	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 ( ) 度

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ( ) ・要介護 1 2 3 4 5	
申請内容	<input type="checkbox"/> 身体介護有 <input type="checkbox"/> 身体介護無	申請に係る具体的内容 <input type="checkbox"/> 精神の障害のために外出することが困難なので、 ( ) の付添いをしてほしい。 <input type="checkbox"/> その他				

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		電話番号

同意書

利用申請に当たり、保健予防課長が、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳、外国人登録、生活保護受給状況及び介護保険被保険者台帳を閲覧すること並びに介護保険法居宅介護支援事業所及び障害者自立支援法相談支援事業者からサービス利用に関する情報を得ることに同意します。

申請者 \_\_\_\_\_

※未成年の場合は保護者

【事務処理欄】

<input type="checkbox"/> 新規	税情報	支給決定	年 月 日	備考
<input type="checkbox"/> 更新	課・非	支給期間	年 月 日～ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 変更		有・無	時間/月	