

堺市障害者移動支援費支給量変更申請書

堺市長殿

支給量の変更を申し込みたいので、堺市障害者移動支援費の支給等に関する要綱第11条の規定により次のとおり申請します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。

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		個人番号	
	居住地	〒	電話番号	
支給申請に係る障害児氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	支給申請に係る障害児氏名		個人番号	
			続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	
第 号 (級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)		第 号 障害程度 (A・B1・B2)	第 号 障害等級 (1級・2級・3級)	

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		<input type="checkbox"/> 身体介護 (月 時間) <input type="checkbox"/> 乗降介助 (月 回) <input type="checkbox"/> 家事援助 (月 時間) <input type="checkbox"/> 通院等の乗降介助 (月 回) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (月 時間) <input type="checkbox"/> 行動援護 (月 時間) <input type="checkbox"/> 短期入所 (月 日) <input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援 () <input type="checkbox"/> 生活介護 (施設名) <input type="checkbox"/> 自立訓練 (施設名) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 (施設名) <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (施設名) <input type="checkbox"/> グループホーム (名称) <input type="checkbox"/> 入所施設 (名称) <input type="checkbox"/> 通所施設 (名称) <input type="checkbox"/> その他民間サービス・ボランティア等 ()				
	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
変更の理由		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の内容	現在の利用時間	時間	希望する利用時間	時間		
	主な利用目的・行先					
	その他					

注意 申請者が自署しない場合は、記名押印してください。

負担上限月額	<input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

注意 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者（同一の住民票に記載された者に限る。）とする。

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	
氏名		との関係	
住所	〒		
			電話番号