様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

坂井市移動支援事業利用申請書

　坂井市長　様

　移動支援事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | |  | | |
| 居住地 | |  | | | 電話番号 | |  | |
| フリガナ | |  | | | | 生年月日 | |  | |
| 利用児者名 | |  | | | | 続柄 | |  | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | 療育手帳番号 |  | | 精神保健福祉手帳番号 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他のサービスの利用状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分 | 有・無 | 区分  　1　2　3　4　5　6 | | 有効期間 |  |
| 使用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 介護保険 | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援(　　)  要介護　1　2　3　4　5 | | |
| 使用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 申請する支援の種類・内容 | 種類 | □　身体介護を伴わない　　　　　　　　　　時間  　□　身体介護を伴う　　　　　　　　　　　　時間  　□　グループ支援　　　　　　　　　　　　　時間 | | | | | |
| 内容 |  | | | | | |

|  |
| --- |
| 利用者負担額を決定するために、世帯の課税状況等について調査することに同意します。  同意者氏名 |

別表１

介護判断基準表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 外出時の介助について | | |
| 車いす介助  歩行介助 | 車いすで自走可能  稀に歩行時の介添え必要 | 状況に応じて歩行時の介添え必要 | 車いすで自走不可能  常時歩行時の介添え必要 |
| 排泄介助 | 一部介助 |  | 全介助 |
| 食事 | 一部介助 | 全介助 |  |
| てんかん等の発作 | 月に１回程度 | 週に一回程度 | ほぼ毎日 |
| 多動 |  | 常時見守りが必要 | 常時危険が伴う |