

様式第1号（第4条関係）

移動支援事業利用（変更）申請書

年 月 日

水戸市長 様

次のとおり申請します。

なお、利用の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他の情報について、調査、照会又は閲覧をすることを承諾します・承諾しません。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	
	居住地	〒 ー ー 電話番号 ー ー		
利用者が18歳未満の場合	フリガナ		生年月日	年 月 日
	児童氏名		個人番号	
				申請者との続柄
手帳等の有無 (番号を○で囲む)	1 身体障害者手帳（視覚、肢体不自由）	3 精神保健福祉手帳		
	2 療育手帳	4 自立支援医療（精神通院）受給者証		

申請内容	希望利用時間数	時間/月	利用予定事業所名	
	利用（変更）を希望する理由			

負担区分	利用者負担の区分について次の適用を申請します。（該当するものを○で囲む。）
	1 生活保護受給世帯に属する者
	2 市町村民税が非課税又は均等割のみの世帯に属する者
	3 1又は2以外のもの

提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入する。）		
氏名		申請者との関係	
住所	電話番号 ー ー		

水戸市記入欄

手帳等の有無欄が2から4までに該当する場合は、次の項目について聴取り等を実施すること。

歩行	全面支援	移乗	見守り等・部分支援・全面支援	移動	見守り等・部分支援・全面支援
排尿	見守り等・部分支援・全面支援	排便	見守り等・部分支援・全面支援		