|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 者 | 児  ※児の申請時のみ〇 | 本人確認書類  マイナ・運転免許証  身・療・精・  保険証・パスポート  他（　　　　　　　） |
|  |
| 特段の理由等  ※裏面記載有は〇 | |
|  | |

（様式第３号）

長野市移動支援サービス費支給申請書

　　年　　月　　日

申請先　　長　野　市　長

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者との続柄

　長野市移動支援サービス費の支給を受けたいので、長野市移動支援サービス事業実施要綱第６の規定により申請します。

なお、利用者負担額の審査等を行うために限り、受給者及び同一世帯員、同一生計者の住民基本台帳情報、税関係情報、生活保護情報について調査し、取得した情報を必要な範囲内で利用することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 |  |  | | | | | | |
| ふ　り　が　な |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |  | | 歳 |
| 個人番号 |  | | | | | | |
| 手帳等について  （該当に○印） |  | 身体手帳 | | 種　　　級 | | | |
| ・肢体不自由の程度が等級表の１級若しくは２級に該当する者であって、  両上肢及び両下肢又は体幹の機能の障害を有する者又はこれに準ずる者  ・視覚障害１級・２級（同行援護受給者は、複数支援のみ可） | | | | | | |
|  | 療育手帳 | |  | | | |
|  | 精神障害者保健福祉手帳 | | 級 | | | |
|  | 難病患者等 | |  | | | |
| **※重度訪問介護・重度障害者等包括支援・行動援護の支給決定を受けている者を除く。** | | | | | | | |
| 支給希望内容等 | **希望支給量** |  | | **時間／月** | | |  | |
| **支援の型** | **個 　別** | | **個別二人**  ※裏面への理由を記入 | | | **複　 数**  ※同行援護支給の方 | |
| 注）個別二人支援や特段の理由（８時間超や宿泊、児童の自立通学訓練等）を伴う利用申請の  場合は、裏面へ理由等をご記入ください。 | | | | | | | |

**＜個別二人支援の申請理由＞**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※支給目安：居宅介護サービスにおいて二人支援の支給決定を受けているまたはそれと同等の状況

**＜特段の理由を伴う利用申請＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 長野市移動支援サービス事業実施要綱の以下の各号による利用を申請します。 | | | | |
| 該当欄に○ |  | 第２－２カ（その他市長が特に認める障害者） | | |
|  | 第２－３カ（その他市長が特に認める障害児） | | |
|  | 第５－１ウ（その他市長が認める社会生活上必要な外出） | | |
|  | 第５－２オ（その他市長が認める社会参加の為の外出） | | |
|  | 第５－８（１日において８時間を超える利用や宿泊を伴う外出）※行程がわかる資料の添付が必要。 | | |
|  | その他 | □児童の自立通学訓練 | |
| □ | |
| 【利用日・利用期間】 | | | ※児童の自立通学訓練の目安は、最長３か月。 | |
| 【利用目的・目的地等】※児童の自立通学訓練の場合は、自宅⇔学校間の交通手段及び学校名を記入。 | | | | |
|  | | | | |
| 上記利用におけるサービス実施事業所名 | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※裏面記載のある場合のみ | |
| 相談支援 | 担当 |
|  |  |