

様式第1号（第4条関係）

塩尻市移動支援事業利用登録申請書

令和 年 月 日

（あて先）塩尻市長

移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	郵便番号		電話番号	
対象者氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
		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
診断名			特定疾患医療受給者証番号		
他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険	利用中のサービスの種類と内容等			
種別		<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型			
サービス利用事業所	名称		住所		

サービス利用計画表【移動支援事業】

事業所名	利用する曜日	利用する時間帯	必要時間(月合計)	利用目的

月合計時間

時間

★対象となる外出の利用目的★

①社会生活上不可欠な外出

(官公庁や金融機関への外出、公的行事への参加、本人同伴の生活必需品の買い物、冠婚葬祭 等)

②余暇活動や社会参加のための外出

(レジャー、映画・音楽鑑賞 等)

※原則として1日の範囲内で用務を終えるもの

★対象とならない外出の利用目的★

①通院

②通年かつ長期にわたる外出(通学及び通所)

③通勤・営業活動等の経済活動に係る活動

④その他、社会通念上適当でない外出