

職員記入欄(記入不要)							

八王子市障害者地域生活支援事業等利用申請書

八王子市福祉事務所長 殿

申請者

住所

氏名

電話番号

[本人が障害者(18歳以上)の場合]
→本人住所・氏名・電話番号を記入

[本人が障害児(18歳未満)の場合]
→保護者の住所・氏名・電話番号を記入

※利用者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入してください。
本人または保護者の署名の場合は、押印を省略することができます。

申請するサービス全てを○で囲んで下さい。事業等の利用を申請します。なお、申請に当たり、利用者及び利
果税台帳」等の公簿により確認することに同意します。

申請するサービス (○をしてください。)		認定短期入所 ・ 日中一時支援 ・ 移動支援					
利 用 者	(フリガナ)				(年号等)		
	氏 名				生年月日	年 月 日(満 歳)	
	住 所	利用する本人の内容を記入してください。					
申 請 事 由 (障害種別に ○をしてくだ さい。)	1 身体障害者手帳 ※1	級	交付番号 交付日	八王子市からから車いす購入費の 助成を受けている方は、有を選択し て下さい。 車いすの 交付 有 ・ 無			
	2 愛の手帳	度					
	3 精神保健福祉手帳又は精神障害を事由とする障害者総合支援法施行令第1条に基づく特殊の疾病にり患している者(難病等)						
	4 障害者総合支援法施行令第1条に基づく特殊の疾病にり患している者(難病等)						
	※1 認定短期入所・日中一時支援利用者は1・2級、移動支援利用者は視覚による身体障害者手帳をお持ちの方 ※2 移動支援のみ利用可						
世 帯 構 成	利用者	氏 名	生年月日	利用者 との続柄	市町村民税 (年度)	生活保護 受給有無	
	世帯員	[本人が障害者(18歳以上)の場合] →本人及び配偶者を記入(未婚者は本人のみ記入) [本人が障害児(18歳未満)の場合] →本人及び世帯全員を記入		本人	課税・非課税	有・無	
					課税・非課税	有・無	
		年 月 日			課税・非課税	有・無	
		S・H・R 年 月 日			課税・非課税	有・無	
※障害者が18歳以上の場合は、本人および配偶者を記載してください。障害者が18歳未満の場合は住民票上の世帯員を記載してください。							
【移動支援】 移動支援を利用する場合は下記の欄をご記入ください。							
移 動 支 援 に か か る 確 認 事 項	次のことに基づいて申請します。(確認のうえ、□に✓を記入してください。)						
	☐ 通学の付き添いに移動支援を利用する場合は、保護者が入院・通院・冠婚葬祭など、やむを得ない事由で付き添いができない場合に限ること。						
	☐ 上記申請事由が身体障害者手帳(視覚障害を除く)または難病等の場合は、学齢期終了後、別の申請事由がない場合を除き、移動支援の						
通学している学校名を記入してください。							
学校名							