

様式第 1 号（第 5 条関係）

放課後等デイサービス等通所移動支援事業利用申請書

年 月 日

中 山 町 長 様

下記のとおり、放課後等デイサービス等通所移動支援事業の利用を申請します。

記

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	年 月 日	
申請に係る 児童氏名					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、児童 通所支援	障害支援 区分	有・無	区分 1 2 3	有効 期間	
	利用中のサービスの種類と内容等				

移動支援に係る通所施設（該当する項目の□に✓を記入し、事業所名を記入してください。）

- ☐ 放課後等デイサービス事業所
- ☐ 児童発達支援事業所
- ☐ 日中一時支援事業所
- ☐ 障がい児の見守りや活動の場の提供を目的とするサービスを行う民間事業所

事業所名・所在地

☐ 保護者の就労のため

☐ その他（具体的な理由を記入してください。）

--

※ 障がい児の見守りや活動の場の提供を目的とするサービスを行う民間事業所への通所に係る支援が必要な場合、児童発達支援又は放課後等デイサービスを利用することができない事情を記入してください。

--

移動支援に係る発着場所・時刻、支援が必要な日について、具体的に記入してください。

--

[illegible]