|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

外出支援サービス助成事業助成金交付申請書

豊　岡　市　長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外出支援サービス助成事業の助成を受けたいので、豊岡市外出支援サ  ービス助成事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請日 | | | 年　 月　 日 | |
| 申請者（利用者） | 住所 | | 〒　　　　－　　　　　電話番号(　　　　　)　　　　　－  豊岡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年齢 | | 歳 | | |
| 介護保険被保険者番号 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | |  |  |  |  |  | 入院、施設入所の有無（現在） | | | | | 有（　　　　　　　　　）・無 | | | | | | |
| 介護保険要介護認定・障害者手帳交付状況 | | | | | | □要介護１・２・３・４・５  □要支援１・２ □申請中 □申請なし | | | | | | | | | | | | | | | 担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ  所属・氏名 | | | | | |  | | |
| □身体障害者手帳（　　　級）　□療育手帳（区分：　　　）  □精神障害者保健福祉手帳（　　　級）　□申請中　□所持していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる利用目的 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | |  | | | | | |
| 申請者（利用者）の身体状況及び申請理由 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（利用者）自宅以外の連絡先又は同居家族の携帯電話等 | | | | | 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | |  | |
| 申請者（利用者）以外への関係書類送付を希望する場合 | | 住所 | | | | | | | | 〒　　　　－　　　　　電話番号：(　　　　　)　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | |  |
| 申請者（利用者）以外へ送付する理由 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 暫定利用希望回数（サービス提供証明書交付枚数） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 回（枚） | | | | | | | | | | |
| 市が本事業の助成認定の審査を行うに当り、その判断資料とするため介護保険要介護・要支援認定に係る認定調査票、主治医意見書及び認定結果、障害者手帳の交付状況並びに軽自動車税課税状況について、関係書類（電子データを含む。）を閲覧することに同意します。  　市が利用者サービスの実績利用を確認するために、外出支援サービス助成事業実施要綱第３条各号に掲げる機関（医療機関、社会福祉施設、公共施設等）に対して情報照会し、それに対する回答及びその資料を受領することに同意します。  　また、代筆者は、本人の意思を確認し代筆しました。  年　　月　　日  申請者（利用者）本人署名：  代筆者：　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　　電話番号：  本人が自署できない理由：□身体的理由　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市確認欄（申請者は記入しないでください。） | | | □送付先本人確認 |
| 自動車税減免の有無 | 有 ・ 無 | 手帳の有無 | 有 ・ 無 |
| 対象者区分 | ①　人工透析 | ②要介護度等（　　　　）  □車椅子等　□肢体等 | ③その他(　　)  □身 □療 □精 |
| 交付枚数 | 枚 | 枚数算定年月　　　年　　 月～　　　年　　 月 | |