

移動支援聴取票

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地			
障がい	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい（該当の障がいにチェック）			

移動支援の利用時間 (利用時間の算定)	1か月あたり	<input style="width: 80%;" type="text"/>	時間
	<input style="width: 80%;" type="text"/>	時間(1日)	<input style="width: 80%;" type="text"/>
支給決定予定時間 ※市町村記入欄	<input style="width: 80%;" type="text"/>		時間
移動支援の利用内容			
申請者の状態 ※市町村記入欄	<input type="checkbox"/> 身体介護を伴う <input type="checkbox"/> 身体介護を伴わない（該当の状態にチェック）		
備考	例:1週間のうち、水曜日と土曜日の週2回利用希望。		

・移動支援の利用時間で具体的に記載する必要がある場合は備考欄に記入してください。