

移動支援事業補助対象確認申請書付表

障害者等氏名：

記入者氏名：

(関係)

<p>本人の状況</p>	<p>心身の状況(移動支援が必要な状況が分かるように記入してください。)</p> <p>日常生活において、身体介護を伴うかどうかについて、該当するものに○を付けてください。(次の①から⑤のいずれか一つ以上に該当する場合は身体介護を伴うものとし、該当しない場合は身体介護を伴わないものとする。)</p> <p>① 歩行：できない ② 移乗：見守り等、一部介助、全介助 ③ 排尿：見守り等、一部介助、全介助 ④ 排便：見守り等、一部介助、全介助 ⑤ 移動：見守り等、一部介助、全介助</p>
<p>介護者の状況</p>	<p>有り(氏名 関係) ・ 無し 心身及び就労状況等</p>
<p>利用目的</p>	<p>利用目的(回数や1回当たりの利用時間の見込等も具体的に記入してください。)</p>
<p>利用希望時間数</p>	<p>1月当たり 時間</p>
<p>利用予定事業実施者名</p>	

<p>障害者福祉担当者 等の意見</p> <p>担当者 職名 氏名</p>	<p>(この欄は記入しないでください。)</p> <p>1 利用者の確認結果及び理由</p> <p>2 身体介護を伴う・伴わないの別及び理由</p> <p>3 補助対象利用上限時間数 ・ 1月当たり 時間</p> <p>4 世帯の市町村民税課税状況</p>
---	--