

令和6年度 倉敷市障がい者移動支援事業認定申請書

令和 年 月 日

倉敷市 社会福祉事務所長 あて

次のとおり、障がい者移動支援事業の認定を受けたいので、関係書類を添え申請します。
なお、本人又は世帯員の所得調査など、この事業に係る必要な調査については同意します。
記

ふりがな氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	倉敷市	電話番号	自宅 携帯
代理人氏名		代理人住所	

入院・入所状況	<input type="checkbox"/> 入院又は入所していない(注)
---------	---

注1 入院中又は次の施設入所中は対象外となります。
 <障害者総合支援法における>・施設入所支援 ・共同生活援助(グループホーム)
 <介護保険法における> ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設
 ・介護療養型医療施設 ・介護医療院

注2 助成対象期間は上記年度中です。
 (年度途中で申請する場合は、申請日の属する月から年度末まで対象)

認定申請事業		障がい者手帳	加算資格及び 鉄道運賃助成事業認定項目
<input type="checkbox"/> 自動車燃料費助成事業	<input type="checkbox"/> 操向装置又は駆動装置等を改造した車両 ※車検証(写) ※運転免許証(写) ※自動車検査証記録事項(写)(令和5年1月以降に車検証を受け取った場合)	身体障がい者手帳 【 級】	<input type="checkbox"/> 人工透析 自立支援医療(人工透析) <input type="checkbox"/> ※特定疾病療養受療証(写) <input type="checkbox"/> 指定難病 ※特定医療費(指定難病)受給者証(写) (福祉タクシー助成事業のみ) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 ※小児慢性特定疾病医療受給者証(写) ▼通院回数 【週_____回】
	<input type="checkbox"/> 自動車税又は軽自動車税の免除適用車両 ※車検証(写) ※運転免許証(写) ※自動車税等減免証明(写) ※自動車検査証記録事項(写)(令和5年1月以降に車検証を受け取った場合)	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 療育手帳 <input type="checkbox"/> A 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級	
<input type="checkbox"/> 路線バス利用料助成事業	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 療育手帳 <input type="checkbox"/> A		
<input type="checkbox"/> 福祉タクシー助成事業	精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級		
<input type="checkbox"/> 鉄道運賃助成事業	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級		
<input type="checkbox"/> リフト付きタクシー等助成事業 (移動手段: <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー)	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	補助犬認定項目	
<input type="checkbox"/> 身体障がい者補助犬飼育費助成事業	視覚障がい <input type="checkbox"/> 1級 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 1~2級 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 盲導犬使用者証 <input type="checkbox"/> 身体障がい者補助犬認定証	