

浦安市障がい者等移動支援利用申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者

住 所
氏 名
個人番号
電話番号

移動支援を利用したいので、浦安市障がい者等移動支援事業の実施に関する規則第5条の規定により、次のとおり申請します。

利用する 障がい者又は 障がい児	フリガナ							生年月日					
	氏名							T/S/H/R 年 月 日（ 歳）					
	個人番号												
	住所	（居住地… 自宅 ・ 老健 ・ 特養 ・ その他施設 ）											
	電話番号												
障がい児の 保護者※1	フリガナ												
	氏名												
	個人番号												
	保護者住所※2												
利用目的	<b>例）散歩、余暇活動 など</b>												
障がい等 認定を受けている	身体障がい	身体障害者手帳 等級（1・2・3・4・5・6）/ 種類（視覚・聴覚音声言語・肢体不自由・内部障がい）											
	知的障がい	(1) 療育手帳（ ㊦ ・ ㊦の1・㊦の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2） (2) その他（診断書・判定・その他 ）											
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3） (2) その他（自立支援医療（精神通院）受給者証・年金証書（精神を事由）・診断書・その他 ）											
	難病疾患	疾患名（ ）※3											
要介護認定	無・要介護（ ）	通園・通学利用希望※4						有・無		身体介護の必要性		有・無	

- 1 ※1欄は、利用者が障がい児（18歳未満）の場合のみ記入してください。
- 2 ※2欄は、障がい児と住所が異なる場合のみ記入してください。
- 3 ※3欄については、特定疾病受給者証もしくは診断書などが必要です。
- 4 ※4欄は、障がい児が中学校まで必要となる場合には、保護者の就労証明書又は診断書が必要です。

【更新の場合】⇒

前年度課税区分	課税・非課税
通園・通学	有 ・ 無
身体介護	有 ・ 無

課税区分	課税・非課税
支給時間区分	480・600

窓口対応職員（ ）

1 障害支援区分 障害支援区分の認定を受けている方は該当する区分に○をつけてください。

介護保険の要支援・要介護の認定ではありません。

1. 非該当	2. 区分1	3. 区分2	4. 区分3	5. 区分4	6. 区分5	7. 区分6
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

2 日常生活動作項目（身体介護） ※児童の判定チェック項目

2-1 ※歩行	1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
2-2 ※移乗	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助 4. 全介助
2-3 ※移動	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助 4. 全介助
2-4 ※排尿	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助 4. 全介助
2-5 ※排便	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助 4. 全介助
2-6 ※視覚障がいによる 歩行・移動の困難性	あり ・ なし		

3 行動援護(知的障がい、精神障がいの場合記入) 者：支援区分3以上で項目10点以上、児：項目10点以上

調査項目等	0点		1点		2点	
本人独自の表現方法を用いた意思表示	意思表示できる		時々、独自の方法		常に独自の 方法	意思表示で できない
言葉以外の手段を用いた説明理解	説明を理解できる		時々、言葉以外 の方法		常に言葉 以外の方 法	説明を理解 できない
食べられないものを口に入れる	ない	時々ある	ある (週1回以上)		毎日	
※多動または行動の停止	ない	希に ある	月に1 回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
※パニックや不安定な行動	ない	希に ある	月に1 回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
自分の体を叩いたり傷つけるなどの行為	ない	希に ある	月に1 回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為	ない	希に ある	月に1 回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
他人に抱きついたり、断りもなくものを持ってくる	ない	希に ある	月に1 回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
環境の変化により突発的に通常と違う声を出す	ない	希に ある	週に1 回以上	日に1回以上	日に頻回	
突然走っていなくなるような突発的行動	ない	希に ある	週に1 回以上	日に1回以上	日に頻回	
過食・反芻などの食事に関する行動	ない	希に ある	月に1 回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
※てんかん発作	年1回以上 (換算せず)		月1回以上		週1回以上	

\*\*\*浦安市 処理欄 (ここから下は記入しないで下さい) \*\*\*

①	区分2以上 ・ 視覚障がい者手帳所持	該当	非該当
②	1. 「できない」 2. 3. 4. 5 「見守り等」、「一部介助」、「全介助」一つ以上認定 6. あり	該当	非該当

身体介護 (①が該当+②もしくは3の※が該当の場合、身体介護伴う)		伴う	伴わない
3	行動援護	点	該当 (行動援護決定済 □) 非該当