

令和7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

倉敷市倉敷社会福祉事務所長 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	☐ 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。 (年度途中に申請する場合は、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
☐ 自動車 燃料費 助成事業	☐ 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】	☐ 人工透析 自立支援医療(人工透析) ☐ ※特定疾病療養受療証(写) ☐ 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) ☐ 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】
	☐ 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 ☐ 1級 ☐ 2級 療育手帳 ☐ A 精神保健福祉手帳 ☐ 1級	
☐ 路線バス利用料助成事業	身体障がい者手帳 ☐ 1級 ☐ 2級 療育手帳 ☐ A 精神保健福祉手帳 ☐ 1級 ☐ 2級		
☐ 福祉タクシー助成事業	身体障がい者手帳 ☐ 1級 ☐ 2級		
☐ 鉄道運賃助成事業	身体障がい者手帳 ☐ 1級 ☐ 2級		
☐ リフト付きタクシー等助成事業 (移動手段: ☐ 車いす ☐ ストレッチャー)	身体障がい者手帳 ☐ 1級 ☐ 2級	補助犬認定項目	
☐ 身体障がい者補助犬飼育費助成事業	視覚障がい ☐ 1級 肢体不自由 ☐ 1～2級 聴覚障がい ☐ 2級	☐ 盲導犬使用者証 ☐ 身体障がい者補助犬認定証	