

年 月 日

下田市障害者等移動支援事業利用登録申請書

下田市長 様

下田市障害者等移動支援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
住 所	〒	電話番号		
フリガナ 申請に係る 児童氏名		生年月日	年 月 日	続 柄
身体障害者 手帳番号		療育手帳番号		
精神障害者保健 福祉手帳番号		難病患者疾患名		

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の種類・内容	種 別	☐ 個別移動支援		☐ 身体介護有り ☐ 身体介護無し		
		☐ グループ移動支援				
支給内容						

(表)

第 年 月 日 号

下田市障害者等移動支援事業利用決定（却下）通知書

様

下田市長

印

下田市障害者等移動支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

利用 者	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所			
フリガナ 決定に係る 児 童 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
		続 柄		
有 効 期 間		負担上限月額		

支 援 の 種 類 ・ 内 容	種 別	☐ 個別移動支援	☐ 身体介護有り ☐ 身体介護無し
		☐ グループ移動支援	
支 給 内 容			

注 意 事 項	1 本事業を利用する際は、この通知書を事業者に提示してください。 2 記載事項等に変更があったときには、下田市長にその旨を届け出てください。
---------	---

2 却下

却 下 理 由	
---------	--

(裏)
教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に下田市長に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に限り、下田市を被告として（訴訟において下田市を代表する者は下田市長となります。）提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第3号（第6条関係）

下田市障害者等移動支援事業利用登録者名簿

番号	申請年月日	決定年月日	氏 名	生年月日	住 所	種 別	支 給 内 容	利 用 事 業 所

年 月 日

下田市障害者等移動支援事業利用登録変更（廃止）届

下田市長 様

下田市障害者等移動支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

利用 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
住 所	〒	電話番号		
フリガナ 支給申請に係る 児 童 氏 名		生年月日	年 月 日	続 柄
身 体 障 害 者 手 帳 番 号		療育手帳番号		
精神障害者保健 福祉手帳番号		難病患者疾患名		

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
住 所 等		
心 身 状 況		
利用中止（廃止）		
理 由		