選挙投票にかかる移動支援事業利用申請書

☐ 新規　☐ 更新（再申請）　☐ 申請内容変更　☐ 再交付

明石市長　様　次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		申請年月日	令和　年　月　日	
	氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年　月　日（　歳）
	居住地	〒　－			
	電話番号	（日中連絡可能な電話番号を記入してください）			
本人の状況	介護保険サービス	要介護認定：　有・無	要介護度：　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５		
		訪問介護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・短期入所・その他（　）			
		利用中の事業所名（　）			
	障害福祉サービス	障害支援区分：有・無	区分	有効期間	年　月　日　～　年　月　日
		居宅介護　・　短期入所　・　生活介護　・　就労継続支援（　）型　・　その他（　）			

申請するサービス	サービスの種類及び支給量	利用目的等（具体的に記入してください） ※希望利用開始日がない場合は、**原則翌月１日開始**になります。 ※場合により、希望日に開始できないこともあります。
	☐　**移動支援（選挙投票のみ特別利用）** 身体介護：　☐伴う　☐伴わない 支給量：　５時間／月	利用目的（目的地等）：選挙の投票（　） 身体介護を伴う理由： 希望開始日：☐特になし　☐希望あり（　月　日）

調査の希望	※本サービスの申請にあたっては、ご本人の心身の状況を確認させていただく必要があります。（所要時間5～10分程度） 聴き取り場所の希望：　☐ 電話聴き取りを希望　☐ 障害福祉課窓口での聴き取りを希望 ☐ その他（　） 聴き取り希望日時等：　（　）
利用者負担	☐ 全額免除 本申請は、選挙権その他公民としての権利を行使するために投票所へ移動するための外出についての支給決定を行うものであり、これを目的とした利用にかかる利用者負担額は免除とする。

申請(届出)書提出者	☐ 申請(届出)者本人(下の欄記入不要)　☐ 申請(届出)者本人以外(下の欄記入必要)				
氏名		申請者との関係		電話番号	
住所	〒　－				

受付者		受付日	月　日	調査者	☐ 受付者 ☐（　）	調査日	月　日	☐ 利用可 ☐ 不可 （　）
本人状況	☐ 身体障害者手帳（　級）　☐精神保健福祉手帳（　級）　☐療育手帳（　） ☐ 介護利用者（要支援・介護（　）／　）　☐ その他（　）						
利用目的	☐ 選挙の投票	希望日	☐　月　日から ☐ なし	負担割合	☐ なし	適用終了日	☐ ６月３０日

事務処理欄	支給	.　.	決裁	課長	係長	係	受付印
	却下	.　.					
	起案日	.　.					
	決裁日	.　.		保存期間：５年		公文書公開：非公開（１１条１号）	