

グループ支援型移動支援事業利用依頼書

令和 年 月 日

(移動支援事業所)

住 所

事業所名

様

私 _____ は、下記のとおり、グループ支援型の移動支援を希望致します。

記

(令和 年 月)

申請者（支給決定 障害者氏名又は児童 氏名）		保護者氏名	
同時にサービス を受ける者			
希望従事者			
月 日	サービス提供時間	サービス内容	
/ ()	時 分 ～ 時 分	外出先	
		用 途	
/ ()	時 分 ～ 時 分	外出先	
		用 途	
/ ()	時 分 ～ 時 分	外出先	
		用 途	