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 | 外出先 |  |
|  | ～ |
| （　　） |  | 時 | 分 | 用　途 |  |
|  |  |  |  |
| ／ |  | 時 | 分 | 外出先 |  |
|  | ～ |
| （　　） |  | 時 | 分 | 用　途 |  |
|  |  |  |  |
| ／ |  | 時 | 分 | 外出先 |  |
|  | ～ |
| （　　） |  | 時 | 分 | 用　途 |  |
|  |  |  |  |