

支援対象者用

支援対象者番号(事務局記入欄)	3	5				
-----------------	---	---	--	--	--	--

令和____年度 横浜市障害者ガイドボランティア支援対象者登録申請書

事務取扱団体	認定NPO法人 横浜移動サービス協議会
--------	---------------------

ふりがな				生年月日(年齢)	性別
支援対象者氏名				大正 年 月 日 昭和 (満 歳) 平成	男・女
住所	〒 - ※集合住宅は名称・部屋番号必須				
	最寄駅	線	駅	(徒歩	分)
電話		携帯電話			
F A X	/無	E-mail			
登録対象要件	視覚・肢体不自由・知的・精神・難病() ※難病患者の方は疾病名をご記入ください				
障害者手帳の有無	①	手帳	()手帳 第 号 大正・昭和・平成 年 月 日交付	障害名	等級
	②	手帳	()手帳 第 号 大正・昭和・平成 年 月 日交付	障害名	等級
無	判定書など				
受給者番号※障害福祉サービス利用者のみ					
通所先又は通学先学校名				2人対応(※ボランティア2名による同時対応)の有無	有・無
支援対象者情報	性格や好み、特徴、補装具の有無など具体的な本人の情報やボランティアへの要望など				
	車イス使用の有無(有・無) 自操(可・不可)				
ガイド内容	通学(障害児)	通所	余暇	一般(生活に必要な外出等)	
ガイドボランティア氏名(特定のボランティアがいる場合記入※複数可)					
上記のとおりガイドボランティアの支援対象者登録をし、適正に制度を活用します。					
申請年月日	令和	年	月	日	
申請者住所					
保護者・代理人の場合					
申請者氏名	(続柄)				

※「受給者番号」とは障害福祉サービス(居宅介護・移動支援など)を受給している場合に、区役所より発行されている「受給者証」に記載されている10桁の受給者証番号のことです。

※障害者手帳の写しを添付してください。
※地域の学校の個別支援学級にお通いの方は状況申告書を添付してください。