**障がい者日常生活訓練事業　申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　いなべ市社会福祉協議会　会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　続柄　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先（電話番号）

　　　　障がい者日常生活訓練事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

　　　　なお決定にかかる事務において必要な本人・家庭状況調査することまた、必要に

　　　応じて関係機関への照会又は関係書類等の閲覧、調査することに同意いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 住所 | いなべ市 | 電話番号： |
| 生年月日 |  M・T・S・H　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　（満　　　歳） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  M・T・S・H　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　（満　　　歳） |
| 電話番号 |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する理由 |  |
|  |
|  |