

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

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	
--------	--