

(自立支援局 様式1-1)

施設利用申込書

平成 年 月 日

国立障害者リハビリテーションセンター総長 殿

(申込者)

住所

氏名

貴施設へ利用申込みをいたします。

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
氏名		(年齢)			(歳)	
住所	〒 ー						
		電話	ー	ー			
		F A X	ー	ー			
		Eメール		@			
希望する施設障害福祉サービス	自立支援給付	施設障害福祉サービス				希望欄	
	訓練等給付	自立訓練(機能訓練)					
		自立訓練(生活訓練)					
		就労移行支援	国立障害者リハビリテーションセンター				
			国立職業リハビリテーションセンター (就労移行支援相当サービス)				
		就労移行支援 (養成施設)	専門課程(3年)				
			高等課程(5年)				
	編入・転入(課程 年)						
介護給付	施設入所支援	訓練等給付のサービスと併せた宿舍利用					
備考							

(注)1 希望する施設障害福祉サービスについて、希望欄に ○ 印を付けてください。

(注)2 備考欄には、生活面での配慮事項等を記入してください。