

高次脳機能障害支援申請書

※支援拠点機関記載欄

番号 _____

_____ 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者	ふりがな	〒	生年	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	氏名		月日	平成 _____ (_____ 歳)
	現住所		性別	男 ・ 女
			TEL :	— —
			FAX :	— —
身体障害者手帳番号 (_____)		療育手帳番号 (_____)	精神障害者保健福祉手帳番号 (_____)	
お困りの事と希望する支援内容 (出来るだけ具体的にお書き下さい。)				

自筆です・代筆です。(いずれかを○で囲む。) 代筆者氏名 :

届出人	氏名	〒	代理人・代行者 (いずれかを○で囲む。)	
	住所		申請者との関係 :	
			TEL :	— —
			FAX :	— —