

(自立支援局 様式1-1)

# 施設利用申込書

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	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。