

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
自立支援局 神戸視力障害センター所長 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	〒 電話 ① - - ② - - F A X - - 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)			
		就労移行支援 (養成施設)	専門課程(3年)		
			編入・転入(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。