

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 :	— —