

(自立支援局 様式1-2)

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 福岡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	〒 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)			
		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。