

堺市障害者（児）自立生活訓練事業登録申請書

年 月 日

堺市長 殿

堺市障害者（児）自立生活訓練事業実施要綱第7条第1項の規定により、障害者（児）自立生活訓練の登録を申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)
本人氏名			手帳等級	身体障害者手帳 級
				療育手帳 A B1 B2
				精神障害者保健福祉手帳 級
本人住所	〒 電話番号			
フリガナ		本人との 続柄		
保護者等氏名				
保護者等住所	〒 電話番号			
希望事業所名				
経歴 (教育歴、就職歴、施設通入所等について記入してください。)	・	・		
	・	・		
	・	・		
	・	・		
	・	・		
訓練希望 動機	なぜこの訓練を希望しましたか。			
			
			
			
障害福祉サービスの受給の状況	現在、支給決定を受けている障害福祉サービスをお書きください。			
			
			
			

注意 身体障害者手帳、療育手帳（判定書を含む。）又は精神障害者保健福祉手帳若しくは自立支援医療（精神通院）受給者証の写しを添付してください。