

様式第 1 号（第 6 条関係）

那珂川市障害児機能回復訓練教室事業申請書

令和 8 年 月 日

那珂川市福祉事務所長 様

申請者
住所
氏名
電話番号 ー

障害児機能回復訓練教室事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

対 象 者	氏名				生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
					性 別	男 ・ 女	
	住所	那珂川市				電話 番号	() ー
	身体障害者 手帳	番 号		障害名			
	療育手帳	番 号		程度			
保 護 者	氏名					続柄	
身 体 状 況							
備 考							