

記入例

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2月16日

那珂川市福祉事務所長 様

申請者
住所 那珂川市西隈 1-1-1
氏名 那珂川 太郎（父）
電話番号 090-●●●●-××××
※日中連絡の取れる番号

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	那珂川 一郎		生年月日 (年齢)	平成25年12月15日 (10歳)
				性別	男・女
	住所	那珂川市西隈1-1-1			電話番号 090-●●●●-××××
	身体障害者 手帳	番号	123456	障害名	※この欄は記載しなくても良い
	療育手帳	番号	654321	程度	B1
保護者	氏名	那珂川 太郎		続柄	父
身体状況	※アンケートに書いていないことで何か気になることがあれば記載。				
備考	※1, 3土曜日希望など。 ※ご希望に添えないこともございますので、その旨お伝えください。				

