様式第１号（第７条関係）

心身障害児療育支援事業利用申請書

年　　月　　日

　　猪名川町長　　様

申請者　　住所　〒

　　　　　　　　猪名川町

（保護者）　氏名

　猪名川町心身障害児療育支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　児　童 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒猪名川町 | 電話番号 |  |
| 学校名等 |  | 学年 |  |
| 障 害 状 況 等 | 身体障害者手帳 | 有　（　　　種　　　級）　・　　無 |
| 療育手帳 | 有　（　Ａ ・ Ｂ１ ・ Ｂ２　）　・　　無 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 有　（　　　　　級）　・　　無 |
| 特別児童扶養手当の受給 | 　　有　（　　　　　級）　・　　無 |
| 健康状態及び特記事項 | 疾病の有無　　有（　　　　　）・ 無　　　投薬　有（　　　　　）・ 無てんかん発作　有 ・ 無　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同　居　家　族 | 氏　　　名 | 続　柄 | 年　齢 | 職業・学校等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 希望する訓練事業 | □理学療法（PT）　　□作業療法（OT）　　□言語聴覚（ST） |
| 利用時の緊急連絡先 | ① 氏名 |  | 電話番号 |  |
| ② 氏名 |  | 電話番号 |  |