

この申請書は郵送可能です。(出張所・連絡所でもお預かりします。) 障害福祉課

第1号様式

船橋市視覚障害者自立生活支援事業利用申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

視覚障害者自立生活支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
	住所			
	生年月日	年 月 日 生 (歳)		
	身体障害者 手帳	船橋市・千葉県・() 第 号	交付年月日	年 月 日
			障害の等級	級
障害名				
希望する事業内容	<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 音声ワープロ訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> その他(就職、進学等の相談) <input type="checkbox"/> 点字訓練			