

(様式1) (第10条関係)

公開療育 利用申請書

(提出先) 足立区長

申請日 令和 年 月 日

利用希望療法名 *希望番号に○を つけてください	1 トランポリン (第 希望)	2 音楽ムーブメント (第 希望)	3 音楽療法 (第 希望)
希望療法が2つ以上の場合は、希望順位をご記入ください。			
ふりがな 参加希望者氏名 生年月日	氏名	生年月日 S・H 年 月 日 年齢 歳	
住 所	〒 足立区		
連絡先 *必ずご記入ください	1 自宅電話 2 携帯電話		
手帳の等級	1 愛の手帳 (あり・なし) 2 身障手帳 (あり・なし)	度 種 級	1 てんかん発作の有無 (あり・なし) 2 発作がある場合は、対処 法をご記入ください。
心身の状況等 (気になることが ありましたらご記 入ください)			
付き添い者氏名・	氏名 本人との間柄		
通所施設名	担当支援員氏名		
	電話 ()		
公開療育 参加年数 ・ 参加希望理由	参加年数 (今回の申請を含めて) 年目 参加希望理由		
要望・その他			