

## (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	氏名	生年月日
参加希望者氏名 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) 度 2 身障手帳 (あり・なし) 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	電話 ( )	担当支援員氏名
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		