

別 記

第1号様式（第5条第1項）

浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先） 浦安市長

重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業を利用したいので、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業の実施に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所		
	連絡先電話番号		
	緊急時電話番号		
	ファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		
	個 人 番 号		
認定を受けている障がい	身 体 障 が い	身体障害者手帳 等級（1・2・3・4・5・6） 種類（視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい）	
	知 的 障 が い	(1) 療育手帳（ <u>A</u> の1・ <u>A</u> の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2） (2) その他（診断書・判定・その他）	
	精 神 障 が い	(1) 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3） (2) その他（自立支援医療（精神通院）受給者証・年金証書（精神を事由）・診断書・その他（）	
	難 病 患 者	疾病名	
修 学 する 大学等	名 称		
	所 在 地		
	入 学 年 月 日		
希 望 する 事業者	名 称		
	所 在 地		
	連絡先電話番号		

