

(様式 1)

白杖歩行訓練支援事業受講申込書

年 月 日

様

申請者

標記訓練を受講したいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名				
現 住 所	〒 電話			
職 業		勤務先 名 称		
勤 務 先 住 所	〒 電話			
身体障害 者手帳の 内 容	【番号】 第 号 種 級 年 月 日 交付 【障がい名】			
現 在 の 視 覚 障 が い に なる ま で の 経 緯				
医療機関 受診状況	医療機関名： 病名：		医療機関名： 病名：	

訓練希望理由		
特に訓練を希望する内容		
希望開始時期	年 月 頃	
歩行訓練経験の有無	有 ・ 無 有の場合： 年 月 回 （行政機関を通じて受講した場合： 市 ） 訓練事業者：	
自己評価	歩 行 （該当するものに☑を入れる）	☐ 白杖を使用して、最寄り駅や目的地までの独歩ができる。 ☐ 白杖を使用して、自宅周辺の独歩ができる。 ☐ 白杖を使用した単独歩行はしない。 ☐ 白杖を使った歩行ができない。 ☐ その他（ ）
※協会記載欄	訓練期間(予定)	年 月 日～ 年 月 日（ 回 ）
	(備 考)	

添付資料：身体障害者手帳の写し

※ 太 枠は必ず記載してください。