

様式第 1 (第 5 条関係)

徘徊知的障害者 (児) 家族支援事業利用申請書

安 城 市 長

注意

- 1 太枠の中のみ記入してください。
- 2 該当する項目には○印をつけてください。

		申請日		年 月 日	
利用対象者 (申請者)	住所	安城市 町			
	氏名			徘徊知的障害者 (児) との関係	
徘徊知的障害者 (児)	ふりがな 氏名		性別 男・女	生年 月日	年 月 日
	住所	安城市 町 □利用対象者に同じ			
申請理由	(徘徊の状況等)				
緊急連絡先	ふりがな 氏名			徘徊知的障害者 (児) との関係	
	住所	(利用対象者以外に必要な場合のみ記入してください。)			
添付書類	徘徊知的障害者 (児) の写真 1 枚 (申請日から 6 月以内に撮影したもの)				

処理欄	障害福祉課長	課長補佐	係 長	専門主査	担 当

様式第 2 (第 6 条関係)