

松戸市視覚障害者自立支援サービス利用申請書

令和 年 月 日

松 戸 市 長

氏 名 _____

住 所 _____

電 話 () _____

次のとおり視覚障害者自立支援サービスの利用を申請します。

ふりがな 氏 名		生年月日		年 月 日 (歳)	
障 害 の 状 況	手帳番号	交付年月日		年 月 日	
	障害程度	種		級	
	障害内容				
障害原因					
家 庭 の 状 況	氏名	年齢	続 柄	職 業 等	
サ ー ビ ス 内 容	<p>※希望するサービス項目、内容に○をつけてください。</p> <p>1 相談 <input type="checkbox"/>補装具 <input type="checkbox"/>福祉制度等 <input type="checkbox"/>視障者自立支援 <input type="checkbox"/>社会参加 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>2 カウンセリング <input type="checkbox"/>障害に対する受容 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>3 歩行支援 <input type="checkbox"/>基礎訓練 <input type="checkbox"/>応用訓練 <input type="checkbox"/>手引き歩行</p> <p>4 日常生活動作支援 <input type="checkbox"/>身辺管理 <input type="checkbox"/>家事管理</p> <p>5 コミュニケーション支援 <input type="checkbox"/>一般文字 <input type="checkbox"/>点字 <input type="checkbox"/>音声ワープロ <input type="checkbox"/>パソコン</p> <p>6 スポーツ・レクリエーション支援 <input type="checkbox"/>健康管理 <input type="checkbox"/>レクリエーション</p>				