様式２－２号

**豊田市強度行動障がい専門支援員派遣事業（訪問型個別支援）申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 受付番号 | NO. | | | | | | 申請日 | | | | 令和　　　年　　月　　日 | |
| 事業所名  （学校・病院名） |  | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 代表者氏名  （役職） |  | | | | | サービス種別 | |  | | |
| 連絡先 | 担当者氏名：  電話：　　　　　　　　　　／FAX:  メールアドレス： | | | | | | | | | |
| 訪問型研修受講日　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 支援対象者について　　　　※対象者1名につき1枚の提出とする | | | | | | | | | | |
| 支援対象者イニシャル | ・ | 性別 | |  | | | 生年月  （年齢） | | | （　　） |
| 障がい名 |  | | 手帳：  障がい支援区分： | | | | | | | |
| 現在の状況　事業所での取り組み、対応状況等 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 家族・職員からの相談内容、要望等 | | | | | | | | | | |
| 困り事やどうしたいかなどをできるだけ詳しく記入 | | | | | | | | | | |