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 |