

様式第1号(第6条関係)

東海村精神障害者就労支援事業利用申請書

年 月 日

東海村長 様

申請者 住所  
氏名  
電話

東海村精神障害者就労支援事業を利用したいので、東海村精神障害者就労支援事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	フリガナ		男・女
	氏 名		
	生年月日	年 月 日( 歳)	
	住 所	東海村 電話 ( )	
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	1 有 ( 級, 手帳番号: ) 2 無 3 申請中 ( 年 月 日申請)		
病 名			
受 診 医 療 機 関	電話 ( )		
利 用 希 望 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
緊 急 連 絡 先	氏名	電話 ( )	