

年 月 日

(宛先)一宮市長

一宮市視覚障害者歩行訓練事業申請書

下記のとおり利用したいので申請します。

申請者

住所

氏名

印

(利用者のとの続柄

)

電話

()

—

利用希望者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日
	身体障害者手帳	第 号 種 級
利用希望の内容	(目的・理由)	
	(利用回数) ※最大12回まで	
	(具体的な訓練内容)※訓練の経路など	