**岡山県視覚障害者生活訓練等申込書**

平成　　年　　月　　日

地域生活支援事業所みちしるべ　御中

（岡山県視覚障害者センター内）

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

対象者との続柄（　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな氏 名 |  | 男女 | 昭・平　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 連絡先住所 | 〒　　　　－　　　　　　　 　　　　 　 Tel　　　（　　　） |
| 身体（視覚）障害者手帳県・市　　第　　　　　 　　　号　　　種　　　級 |
| 障害原因 | 眼疾患名 |
| 視力の程度 | 視野の程度（喪失率） |
| 右眼：　　　　　左眼： | ％ |
|  | 職業等 | 勤務先名称 |
| 家族の状況 | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 職　　業　　等 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 希望訓練（番号に○を付ける） | 1. 歩行訓練
2. コミュニケーション訓練（パソコン・点字・すみ字）
3. 日常生活動作訓練
4. 当事者、家族、支援者に対する研修
5. その他（視覚障害に関する相談、助言、紹介　等）
 |
| 訓練に対する要望等 |
| ※市町村障害福祉担当課名（受付担当課） | ※担当者氏名 | ※電話番号（内線） |
|  |  |  |

※欄は、必ず市町村担当者が記入してください。