**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。