

## 伊丹市障がい者(児)まちなかミマモルメ助成金交付意見書

伊丹市長 様

対象者(児)氏名 :

生 年 月 日 : 年 月 日

意見書作成日 : 年 月 日

( 対象者(児)の状況 )

※ 以下のうち該当する□にチェックしてください。

- 上記の者は、障害特性のため行方不明になるおそれがある。
- 上記の者は、障害特性のため行方不明になるおそれはない。

上記のとおり意見する。

年 月 日

相談支援事業所 所在地

事業所名

電話番号

相談支援専門員名

(※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

申請者(保護者)名 \_\_\_\_\_