

伊丹市訪問型歩行・生活訓練事業 利用申請書

年 月 日

伊丹市長様

申請者

住所 〒 (            )

伊丹市

続柄

氏名 (            )

対象者氏名

生年月日                      年            月            日

連絡先

みだしの事業を利用したいので、関係書類を添えて申請いたします。

利用の目的, 希望する訓練内容
同意事項 ①市が, 対象者及び世帯の住民情報を住民票等により調査すること。 ②市が, 対象者及び配偶者の課税状況を税務資料等により調査すること (視覚障がい者が18歳未満の場合は, 保護者と同一の世帯に属する世帯員全員も対象とする)。 ③対象者が申告した収入等に誤りがある場合, 遡って再認定を受けること。 ④市が聞き取り調査した内容を事業委託先事業者へ報告すること。 訪問型歩行・生活訓練事業の利用申請において, 上記事項に同意します。 <p style="text-align: center;">氏名</p>
市記入欄 添付書類 (該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 課税証明書 (本人及び配偶者のもの。視覚障がい者が18歳未満の場合は, 保護者と同一の世帯に属する世帯員のもの。生活保護受給世帯員は不要) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明 (生活保護受給世帯員の場合のみ) 利用料の自己負担の有無                      有            ・            無

第 号  
年 月 日

様

伊丹市長

伊丹市訪問型歩行・生活訓練事業 利用決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありましたみだしの事業につきましては、次のとおり利用決定しましたので通知します。

1 決定

決定	利用者 番号	第 号
	利用者 氏名	
	利用者 住所	伊丹市
	自己 負担額	1回あたり 円 訓練中に発生する交通費等は利用者の負担とします。
	連絡事項	訓練の内容・日程・回数等については事業者と調整してください。 訓練にあたっては、視覚障害生活訓練等指導者の指導に従ってください。 訓練中に生じた事故等について、市は責任を負いません。

2 却下

理由

第 年 月 日 号

様

伊丹市長

伊丹市訪問型歩行・生活訓練事業  
実施委託書

下記の者について、伊丹市訪問型歩行・生活訓練事業の実施を委託します。

フリガナ 利用者氏名	
生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 ー 兵庫県 伊丹市
障害の状況 訓練経験の有無 訓練内容の希望	
その他	
添付書類	・身体障害者手帳の写し ・その他

伊丹市訪問型歩行・生活訓練事業  
訓練報告書

年 月 日

伊丹市長 様

住所

事業者名

Ⓜ

年 月分の伊丹市訪問型歩行・生活訓練について下記のとおり報告します。

対象者氏名		視覚障害生活訓練等指導者氏名	
1	訓練実施日	訓練時間	訓練場所
	月 日	時 分～ 時 分	
	内容	<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 生活訓練	
		利用者 確認欄	
2	訓練実施日	訓練時間	訓練場所
	月 日	時 分～ 時 分	
	内容	<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 生活訓練	
		利用者 確認欄	
3	訓練実施日	訓練時間	訓練場所
	月 日	時 分～ 時 分	
	内容	<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 生活訓練	
		利用者 確認欄	