

## 障害者サッカー教室申込書

ふりがな		性別
氏名		1. 男 2. 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
保護者名		
住所	〒 -	
電話番号	( )	FAX番号 ( )
身体障害者手帳	1. 肢体（車椅子 有・無） 2. 聴覚（手話通訳を希望する・要約筆記を希望する） 3. その他（ ）	
療育手帳	1. 有 （手帳の交付申請中を含む） 2. 無 （取得の対象に準ずる障害のある方）	
精神障害者 保健福祉手帳	1. 有 （手帳の交付申請中を含む） 2. 無 （取得の対象に準ずる障害のある方）	
所属施設名		
	電話番号 ( )	
質問	<重複障害> 1. なし 2. 肢体 3. 視覚 4. 聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく言語障害 5. その他（ ） <本人に対することで何か注意することがあればお書きください> 例：自由に行動してしまうため、指示が必要 等  <サッカー経験> 1. なし 2. あり（チーム等に所属している方は所属先をお書きください） [チーム名等： ]	

《受付処理欄》

受付日 令和 年 月 日 区 支援課 受付者

※受付後、障害政策課ノーマライゼーション推進係までお願いします。