**名古屋市強度行動障害者専門支援員派遣申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | 申請日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | 住所 | | 〒 | | | | |
| 代表者職氏名 |  | | | | |
| サービス種類 |  | | | | |
| 連絡先 | 担当者氏名 ： FAX ：  TEL ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 e-mail ： | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況 | 年齢 | ( 歳) | 障害  支援区分 | ( ) | | 身体障害  者手帳 | ( 級) | | 愛護手帳 | ( 度) | 精神障害者  保健福祉手帳 | ( 級) |
| 利用者の問題行動の状況（＊相談事例は、出来るだけ詳しく1名に絞ってお書きください。） | | | | | | | | | | | | |
| 現在の事業所の対応状況 | | | | | | | | | | | | |
| 家族・職員からの要望等 | | | | | | | | | | | | |
| 強度行動障害者受入環境整備補助金交付申請予定 ： □ あり（意見書交付希望）　　　　□ なし | | | | | | | | | | | | |
| （具体的な整備内容・購入予定備品等） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |
| 最寄りの公共交通機関 ： □ JR □ 私鉄 □ バス □ 地下鉄 □ その他（　　　　　　）　 最寄駅　　　　　　　　　駅 | | | | | | | | | | | | |
| 強度行動障害者の基礎的な学習（1回2時間程度の講義）の受講希望 ： □ あり　　　　□ なし | | | | | | | | | | | | |
| ご希望の派遣内容 ： （派遣曜日）　　　　　　　　　曜日　（派遣時間帯）　　　　　　　時から　　　　　　時頃まで | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜**お申込み・お問い合わせ先＞**

本申請書をEメール添付又は

FAXにて、右事務局までお送りください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名古屋市強度行動障害者支援事業事務局

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：052-613-7660、FAX：052-613-7688

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 E-mail：[kyoko-shien@wing.ocn.ne.jp](mailto:kyoko-shien@wing.ocn.ne.jp)