様式第13号(第10条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　身延町長　　　　様  住所  氏名  生年月日  電話番号  知的障害者職親希望申出書  　次のとおり職親になることを希望するので、知的障害者福祉法施行規則第1条の規定により申し出ます。 | | | | | | | |
|  | 希望する知的障害者の数及びその能力等についての条件 | 通い | 男 | 人 | | |  |
| 女 | 人 | | |
| 住み込み | 男 | 人 | | |
| 女 | 人 | | |
| 指導訓練事項 | | |  | 委託終了後の雇用予定 |  |
| 事業所等の名称及び所在地 | | |  | | |
| 事業の種類 | | |  | | |
| 従業員人数 | | | 男　　人　女　　人　計　　人 | | |
| 世帯構成人員 | | | 家族　　人　同居者　　人　計　　人 | | |
| 住居の規模 | | | 敷地　　　　　　建築面積  　　　階建て　　木造その他の別 | | |
| 職親希望の動機及び知的障害者を使用した経験の有無 | | |  | | |
|  | | | | | | | |