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 | 　 |
| 　 |