

2017 장애아동 이동편의 보조기구(시설) 보행훈련워커 지원 사업 신청서

시설 현황	시설(기관)명		설립년월일					
	고유번호		전화번호					
	대표자명		FAX					
	주소		(-)					
	시설장명							
	담당자명		휴대전화					
		e-mail						
시설 운영 현황	시설 신고여부		<input type="checkbox"/> 신고 <input type="checkbox"/> 미신고		신고필증 교부일			
	운영주체		기관·법인명					
	운영주체성격		법인 종류 <input type="checkbox"/> 사회복지법인 <input type="checkbox"/> 사단법인 <input type="checkbox"/> 종교법인 <input type="checkbox"/> 학교법인 <input type="checkbox"/> 재단법인 <input type="checkbox"/> 국가지방자치단체 <input type="checkbox"/> 임의단체 <input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 기타()					
	이용 현황	경제 상황별	수급권	차상위	일반	이용 인원	무료	실비
		연령별	0세~10세	11세~19세	20세~	성 별	남	여
	정부보조금		<input type="checkbox"/> 지원 <input type="checkbox"/> 미지원					
건축물 현황	시설 층수		지상 ____층 / 지하 ____층					
	기관 전용면적		____m ²		준공년도		____년	
	건축·설비 노후정도		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 열악 <input type="checkbox"/> 매우열악					
보조기구 활용 계획	(활용계획과 필요한 이유를 적어주세요)							

지원 신청자와 지원 추천자는 2017 장애인생활시설 보행훈련워커 지원 사업을 통해 보행훈련워커를 지원받고자 위와 같이 지원 신청서를 제출합니다. 지원 기관은 지원 신청서 상에 작성된 내용이 사실과 다르음을 확인하고, 신청서에 작성된 내용이 사실과 다를 경우 지원이 취소될 수 있으며, 이에 대한 어떠한 이의도 제기할 수 없음을 확인했습니다.

2017년 월 일

지원기관:

(직인)