

様式第 1 号（第 3 条関係）

糸魚川市長 様

糸魚川市障害者地域活動支援センター利用許可（変更）申請書

申請日 年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (才)
住所・連絡先	〒 自宅電話 携帯電話			
通所希望の 障害者地域活動 支援センター				
緊急時の 連 絡 先	氏名：		あなたとの関係：	
	住所：		電話番号：	
	氏名：		あなたとの関係：	
	住所：		電話番号：	
医療機関	病院名：		主治医：	
	受診日： 曜日（ 週に 回又は 月に 回）			
主な相談者	氏名：		勤務先：	
	氏名：		勤務先：	
現在利用中 のサービス等	福祉サービス： 障害者手帳：身障・療育・精神 級 障害年金：基礎・厚生・共済 級			
配 慮 が 必要な点				