コミュニケーション支援事業利用登録申請書

年　　月　　日

　函館市福祉事務所長

　北斗市福祉事務所長　　　様

　七飯町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との続柄　　　　　　　）

　次のとおり，コミュニケーション支援事業の利用登録をしたいので，申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業を利用使用とする者  （申請者と同じ場合は，住所，氏名は書く必要はありません。 | |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 障害者手帳 | （記号）　　　　（番号）第　　　　　　　　　　　号 |
| ＦＡＸ番号 |  |

利用者本人以外の連絡先

（派遣の決定などで連絡が必要な場合があります。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名または名称 | ＦＡＸまたは電話番号 |
|  | （ＦＡＸ・電話） |
|  | （ＦＡＸ・電話） |