

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
F A X 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	F A Xまたは電話番号
	(F A X ・ 電話)
	(F A X ・ 電話)