

様式第1号(第5条関係)

塩竈市地域活動支援センター事業利用申請書

塩竈市社会福祉事務所長 殿

次のとおり地域活動支援センター事業の利用を申請します。

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名	(印)		
	住所	〒 電話番号		
家族	フリガナ		電話番号	— —
	氏名			
	住所・連絡先等	〒 (申請者との続柄)_____		
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体障害(障害内容： ・ 手帳等級 級) <input type="checkbox"/> 知的障害(療育手帳 A ・ B) <input type="checkbox"/> 精神障害(障害等級 等級 級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者 <input type="checkbox"/> その他 ※ 重複して障害がある場合は、該当するすべての□にチェックを入れてください。			
申請の動機				
希望するサービス・活動内容	※希望するサービス、活動内容があれば具体的にご記入下さい。			
備考				