

障害福祉サービス等利用申請書

岩国市長 様

以下のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 年 月 日		
	氏名					
	居住地	〒 -			電話番号 () -	-
					FAX番号 () -	-
	障害状態	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級・第 種 / 市・県 第 号 <input type="checkbox"/> 障害名				
	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日		
支援申請に係る児童氏名			続柄	就学の有無 有・無		
			学校名	(小・中・高等・総合支援) 学校 年生・学級		

申請する支援の種類・内容	種類	<input type="checkbox"/> 手話通訳者等派遣 (利用目的)				
		<input type="checkbox"/> 要約筆記者等派遣 (利用目的)				
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター運営事業 (利用目的)				
	内容 <small>(利用施設等)</small>					

(市記入欄)

決定した支援の種類・内容	種類	<input type="checkbox"/> 手話通訳者等派遣	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
		<input type="checkbox"/> 要約筆記者等派遣	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター運営事業	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	内容 <small>(利用施設等)</small>			

【 障害者支援課 】

令和 年 月 日

決定伺	部長	課長	副課長	班長	起案者

備考欄

上記のとおり決定してよろしいか。
上記決裁後、別添通知書を送付してよろしいか。