

かがわ総合リハビリテーション 福祉センター  
個人利用 申込書

注)この欄は、福祉センターにて記入致します

発行番号	発行日	備考

☞ こちらからのご記入をお願い致します (薄色の部分をご記入下さい)

お名前 (フルネームをお願いします)		③性別	④生年月日 (西暦)	⑤緊急時のご連絡先 *お名前(ご本人以外)
①ふりがな		男・女	年 月 日	*電話番号(ご本人以外)
②氏名				- -
⑥ご住所				
〒 市 町				
電話番号				
⑦TEL	( )	-		
⑧携帯番号	-	-		
⑨FAX	( )	-		
⑩利用料免除区分				
注)お持ちの手帳等について、 <input type="checkbox"/> 欄に✓のご記入と、手帳等級等のご記入をお願いします				
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	等級:【    】	(1001~)	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証	(2001~)
・障害名(手帳に表示の通り、ご記入願います)			<input type="checkbox"/> 障害年金受給証明書 又は 通知書	(3001~)
			<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証	(4001~)
<input type="checkbox"/> 療育手帳	障害の程度:【    】	(5001~)	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書	(6001~)
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	等級:【    】	(7001~)	<input type="checkbox"/> 特別支援学校の学生手帳 又は 在籍証明	(8001~)
			<input type="checkbox"/> 医師の診断書	(9001~)
			(但し、以下の診断名が明記されているものに限る) 「高次脳機能障害、発達障害、難病 など」	
			<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証	(11001~)
⑪お身体の状態について				
◆健康上での留意点等ございましたら、 <input type="checkbox"/> 欄に✓のご記入等をお願いします			◆その他	
<input type="checkbox"/> 発作がある	<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 目が見えにくい	}			
<input type="checkbox"/> 内部疾患がある				
(糖尿病、高血圧、心臓病 など)				

【ご利用者様の個人情報の取扱いについて】

ご登録いただいたご利用者様の個人情報(氏名・住所・電話番号・ご記入内容等)は、当事業団にて、厳重な一元管理をさせていただきます。

- 各種ご連絡等の通信、資料の発送、お問合せや、アンケート、各種サービスのご提供に使用させていただきます。
- 当事業団の各事業に関するご案内や、ご利用者様に有益と思われる情報・各種資料をお送りする場合がございますので、ご了承ください。