かがわ総合リハビリテーション 福祉センター

体育施設 個人利用証 交付申請書 （ 新規 ・ 再発行 ・ 更新 ・ 廃止 ）

注）この欄は、福祉センターにて記入いたします

発 行 番 号	交 付 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ください）

お名前（フルネームでお願いします）		③性 別	④生 年 月 日	⑤ 緊 急 時 のご連絡先
		（自由記載）	（西暦/年号を囲んでください）	（ご本人・同行者以外［下記⑦⑧以外］）
①ふりがな		男・女	西暦 / 大正・昭和・平成・令和 年　月　日	＊電話番号（携帯等） ー　ー ＊お名前・続柄 続柄 （　）
②名　前				

⑥ご　住　所

〒　ー

市
町
郡

通 常 のご連絡先

⑦固定電話	ー　ー	
⑧携帯電話	ー　ー	ご本人以外の場合、お名前･続柄 （　続柄:　）
⑨ＦＡＸ	ー　ー	

⑩利 用 料　免 除 区 分

注）お持ちの手帳･書類等について、□欄に✔のご記入と、等級、障害名、傷病名等のご記入をお願いします

□ 身体障害者手帳　等級【　】（1001～）
- ・障害名（手帳に表示の通り，ご記入願います）
- ・障害の原因となっている傷病名（脳性麻痺、脳出血、脊髄損傷 等）

□ 療育手帳　障害の程度【　】（5001～）
- ・診断名（ダウン症、発達障害、自閉症 等）

□ 精神障害者保健福祉手帳　等級【　】（7001～）
- ・診断名（統合失調症、双極性障害 等）

□ 障害福祉サービス受給者証（2001～）

□ 障害年金受給証明書又は通知書（3001～）

□ 自立支援医療受給者証（4001～）

□ 特別児童扶養手当証書（6001～）

□ 特別支援学校の学生手帳又は在籍証明（8001～）

□ 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、障害者総合支援法の対象疾病（難病等）］

□ 特定医療費（指定難病）受給者証（11001～）

上記減免区分（障害福祉サービス受給者証～特定疾患登録者証）の方
- ・傷病概要（傷病名、診断名 等）

⑪お 身 体 の 状 態 に つ い て

◆健康上での留意点等がございましたら□欄に✔のご記入等をお願いします

□ 発作がある
□ 目が見えにくい
□ 内部疾患がある
（糖尿病、高血圧、心臓病 など）
□ その他
［　］

◆その他

【ご利用者様の個人情報の」取り扱いについて】

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、全重名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、ご利用者様の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。