

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（フルネームをお願いします）		③性別	④生年月日	⑤緊急時のご連絡先 （ご本人・同行者以外【下記⑦⑧以外】）
①ふりがな		(自由記載)	(西暦/年号を囲んでください) 西暦 / 大正・昭和・平成・令和	*電話番号（携帯等） — —
②名前		男・女	年 月 日	*お名前・続柄 続柄 ()
⑥ご住所				
〒 — 市 町 郡				
通常のご連絡先				
⑦固定電話	— —			
⑧携帯電話	— — ご本人以外の場合、お名前・続柄 () 続柄:			
⑨FAX	— —			
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				
<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~)
・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）				<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~)
・診断名（ダウン症、発達障害、自閉症 等）				<input type="checkbox"/> 特別支援学校の学生手帳又は在籍証明 (8001~)
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		等級【 】	(7001~)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 (9001~)
・診断名（統合失調症、双極性障害 等）				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)]
				<input type="checkbox"/> 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			◆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。