

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

④ 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	—	—	ご本人以外の場合、お名前・続柄
⑧携帯電話	—	—	(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"/> <u>身体障害者手帳</u>	等級【] (1001~)	<input type="checkbox"/> <u>障害福祉サービス受給者証</u> ⑪ (2001~)
・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)		
<input type="checkbox"/> <u>療育手帳</u>	障害の程度【] (5001~)	<input type="checkbox"/> <u>障害年金受給証明書又は通知書</u> (3001~)
・診断名 (ダウン症、発達障害、自閉症 等)		
<input type="checkbox"/> <u>精神障害者保健福祉手帳</u>	等級【] (7001~)	<input type="checkbox"/> <u>自立支援医療受給者証</u> (4001~)
・診断名 (統合失調症、双極性障害 等)		
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"/> <u>発作がある</u>	<input type="checkbox"/> <u>その他</u>
<input type="checkbox"/> <u>目が見えにくい</u>	[]
<input type="checkbox"/> <u>内部疾患がある</u> (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。