

福祉センター利用カード 交付申請書（新規・再交付・変更・更新・廃止）

注)この欄は、福祉センターにて記入いたします

職員記入欄	発行番号	交付日	備考
	(1~9)	西暦	.

☞ 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）

ふりがな			性別 (自由記載)	男 ・ 女
お名前 (フルネーム)				
生年月日	西暦 / 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日生
①通常のご連絡先（お問い合わせ時や忘れ物等の連絡用です。）				
固定電話 (NTT等)	—	—	携帯電話	—
FAX	—	—		ご本人以外の場合、お名前・続柄 (続柄: 氏名:)
②緊急時のご連絡先（上記①以外の電話番号等。事故時等の連絡用です。）注:本人・同行者以外				
緊急連絡先 ※必須	—	—	(続柄: 氏名:)	
③ご住所				
〒	—	—	—	—
県	市	郡	町	
④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【	】	(10001~)	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 (40001~)
・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 (60001~)		
・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 (50001~)		
<input type="checkbox"/> 療育手帳	障害の程度【	】	(20001~)	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 (60001~)
・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 (70001~)		
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	等級【	】	(30001~)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 (80001~)
・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 (90001~)		
		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）		
⑤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。