

文化施設(調理室) 個人利用 兼 使用料免除申請書 (障害者個人用)

薄色部分にご記入・選択のうえ、別表および添付書類と一緒にご提出ください。

個人利用申請 : かがわ総合リハビリテーションセンター 福祉センター長 殿
 使用料免除申請 : (福)かがわ総合リハビリテーション事業団 理事長 殿

申請年月日 年 月 日

以下のとおり調理室の個人利用および使用料免除を申請します。

申請内容 <small>(以下の記入箇所)</small>	新規・変更・更新・取消 <small>(全て) (変更箇所+氏名・ID) (全て) (全て)</small>	利用施設 かがわ総合リハビリテーション福祉センター 文化施設(調理室)
※丁寧にお書きください。	申請者 登録区分 <input type="text"/> 個人 <input type="text"/> 特殊 <input type="text"/>	
	(ふりがな) 氏名 姓 <input style="width: 150px;" type="text"/> 名 <input style="width: 150px;" type="text"/>	
	略称 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> ※漢字・ひらがな・カタカナ全角3文字相当以内(英数半角も可)	
	自動メール <input type="text"/> 必要 <input type="text"/> 不要 <input type="text"/> ※予約完了、予約取消の通知を自動で行います。原則、「必要」としていただきます。下記メールアドレスもご記入ください。	
	利用者種別 <input type="text"/> 障害者 <input type="text"/> ※必要な確認・添付書類は「利用の手引き」でご確認ください。	
	郵便番号 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>	
	住所 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
	電話番号 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> 自宅・会社・FAX ◇ <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> 携帯 <必須>	
	緊急連絡先 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> 続柄 <input style="width: 50px;" type="text"/> 氏名 <input style="width: 100px;" type="text"/> <必須>	
	メールアドレス <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
生年月日 <input style="width: 50px;" type="text"/> 西暦・大正・昭和・平成・令和 <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月 <input style="width: 50px;" type="text"/> 日		
※丁寧にお書きください。	勤務先/学校 (任意) 名称 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 住所 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
	利用者ID <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ※英数ハイフン半角小文字で2~12文字を追記願います。 ※初期のパスワードは別途、窓口にてご連絡いたします。	
	インターネット予約 <input type="text"/> 実施する <input type="text"/> できない <input type="text"/> ※原則、実施していただきます。できない場合は窓口での対応となります。電話対応は致しません。	
使用目的 <input type="text"/> 料理・調理 <input type="text"/> ※左記の目的以外でのご利用はできません。		
最大利用人数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 2名 [内訳: 障害者 <input style="width: 50px;" type="text"/> 1名 介助者 <input style="width: 50px;" type="text"/> 1名]		

施設記載欄	受付日	受付者	入力日	入力者	提出者(申請者・その他(介助者を含む)) 本人確認書類 運転免許証・パスポート・健康保険証・公的年金証明書 学生証・障害者手帳・その他()
	承認日	<input style="width: 100px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月 <input style="width: 50px;" type="text"/> 日			減免書類確認 備考
	有効期限	2028年 3月 31日			

使用料免除のための確認書面類

- ・身体障害者手帳
- ・障害福祉サービス受給者証
- ・自立支援医療受給者証
- ・医師の診断書(ただし、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)に限る)
- ・療育手帳
- ・障害年金受給証明書 又は 通知書
- ・特別児童扶養手当証書
- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・特定医療費(指定難病)受給者証
- ・特別支援学校の学生手帳 又は 在籍証明書

【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、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。