様式11-4

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 (以下の記入箇所)	新規 ・ 変更 ・ 更新 ・ 取消 (全て) (変更箇所＋氏名・ID) (全て) (全て)	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)

申請者

※丁寧にお書きください

登録区分	個人 ― 特殊
(ふりがな) 氏名	姓 / 名
略称	※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	必要 ・ 不要　※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。下記ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽもご記入ください。
利用者種別	障害者　※必要な確認・添付書類は「利用の手引き」でご確認ください。

※丁寧にお書きください

郵便番号	―
住所	
ｱﾊﾟｰﾄ名等	
電話番号	― ― 自宅 ・ 会社 ・ FAX
◇	― ― 携帯 <必須>
緊急連絡先	― ― 続柄 氏名 <必須>
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
生年月日	西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日

勤務先/学校（任意）

名称	
住所	
ｱﾊﾟｰﾄ名等	

※丁寧にお書きください

利用者ＩＤ	rdp- ※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	実施する ・ できない ※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t
使用目的	料理・調理　※左記の目的以外でのご利用はできません。
最大利用人数	2 名 [内訳： 障害者 1 名 介助者 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	年　月　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
- ・療育手帳
- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・障害福祉サービス受給者証
- ・障害年金受給証明書 又は 通知書
- ・自立支援医療受給者証
- ・特別児童扶養手当証書
- ・特別支援学校の学生手帳 又は 在籍証明
- ・特定医療費（指定難病）受給者証
- ・小児慢性特定疾病医療受給者証
- ・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）

【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。