

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)

フリガナ			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				
〒 — 市 町				
県 郡				
④利用料 免除区分				
注) お持ちの手帳・書類等について、口欄に✓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) ・ 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"/> 障害年金受給証明書又は通知書 (40001~)		
<input type="checkbox"/> 療育手帳	障害の程度【 】 (20001~)	<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 (50001~)		
・ 診断名 (ダウン症、発達障害、自閉症 等)		<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 (60001~)		
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	等級【 】 (30001~)	<input type="checkbox"/> 特別支援学校の学生手帳又は在籍証明 (70001~)		
・ 診断名 (統合失調症、双極性障害 等)		<input type="checkbox"/> 医師の診断書 (80001~)	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~)		
		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証 (90001~)		
		上記減免区分(障害福祉サービス受給者証~小児慢性...受給者証)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口欄に✓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。