様式第1号（第7条関係）

申込日　　　　　年　　　月　　　日

粕屋町意思疎通支援事業利用申込書（個人）

申請者住所

氏名

ＦＡＸ番号

身体障害者手帳番号

下記のとおり粕屋町意思疎通支援事業の利用を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 | 　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分　～　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時　　分 |
| 場所 | 　　　市・郡　　　町 |
| 内容 | 1．病院　　2．学校関係　　3．諸手続、申請　　4．相談5．就労関係　　6．講演会、会議　　7．その他☆　内容をお書きください |
| 待ち合わせ場所等 | 年　　月　　日　　　午前・午後　　　時　　分場所（目印があれば目印も） |
| その他 |  |

注1　原則として利用日の5日前までに提出してください。

2　派遣は委託社会福祉法人等からお知らせします。