

様式第 1 号（第 3 条関係）

瀬戸内市障害者福祉ホーム運営事業利用（変更）申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

㊞

次のとおり瀬戸内市障害者福祉ホーム運営事業補助金交付要綱第 3 条の規定により申請します。

対 象 者	住 所			
	ふりがな			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	電 話	
利用希望施設				
障害手帳の種類と等級	・身体障害者手帳（ 級） ・療育手帳（ A ・ B ） ・精神障害者保健福祉手帳（ 級） ・手帳なし			
障害支援区分	非該当・1・2・3・4・5・6 （認定を受けている場合に記入してください。）			
緊急連絡先	住 所			
	氏 名			
	電 話		続 柄	
備 考 （変更事項）				