様式第1号(第3条、第4条関係)

瀬戸内市地域活動支援センター事業利用(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等地域活動支援センター事業補助金交付要綱第3条第1項(第4条第1項)の規定により申請します。

　この申請につき、市長が私又は私の世帯員の税務関係情報の調査を行うこと及び税務関係課長が回答することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | | | |
| ふりがな |  | | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 |  | | |
| 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（医師の診断書） | | | | |
| 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) | | | | |
| 緊急連絡先 | | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 電話 |  | 続柄 |  | |
| 備考  (変更事項) | |  | | | | |