

別記第40号様式の2 (第28条関係)

地域活動支援事業 利用承認申請書

申請年月日 年 月 日

稚内市長 様

(申請者) 住 所 稚内市 丁目 番 号

氏 名 ㊟

電話番号

対象者との続柄

地域活動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用対象者の区分 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 難病患者等	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名		性 別	男・女
	居住地又は 現在地	〒 電話番号		
身体障害者手帳番号	第 号	種 級	年 月 日交付	
療育手帳番号	第 号	A ・ B	年 月 日交付	
精神障害者 保健福祉手帳番号	第 号	1級・2級・3級	年 月 日交付	
疾 病 名				
利用中のサービスの種類等				
利用希望	ひと月の利用希望回数、利用希望時間等を記入してください。			
届出者	氏名		利用者との続柄	
	住所		電 話 番 号	

※太枠の中は、記入しないでください。

上記のとおり確認しましたので、利用 (承認 不承認) を決定してよろしいか伺います。

(起案者) ㊟

決 裁	課 長	G L	担 当	受付 番号	第 号	年 月 日 起案
						年 月 日 決定
	審 査 結 果					<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
決定の条件 (不承認の理由)						

