

様式第1(第5条関係)

鹿児島市知的障害者福祉センター利用証交付申請書

年 月 日

社会福祉法人

鹿児島市社会事業協会

理事長 鶴丸 昭一郎 殿

申請者 住 所 鹿児島市 町 番 号
丁目

氏 名

利用者との関係()

鹿児島市知的障害者福祉センター利用証の交付を受けたいので、下記により申請します。

記

利用者の区分	療育手帳 介護者 家族 奉仕活動を行う者 その他		
利用者の氏名		生年月日	年 月 日
利用者の住所	鹿児島市 町 番 号 丁目		
緊急連絡先	住 所 鹿児島市 町 番 号 丁目 氏 名 電話 () 利用者との関係()		
特 記 事 項			
※利用証発行控	利用証番号	発行	年 月 日
※の欄は記入しないでください。			

申請のときは、療育手帳その他障害の程度を証する書類又は身分を証する書類をご提示ください。