第７号様式（第１８条関係）

年　　月　　日

韮崎市失語症者向け意思疎通支援事業登録申請書

（宛先）韮崎市福祉事務所長

　失語症者向け意思疎通支援事業の利用のため、次のとおり登録を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住所等 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 代理人連絡先住所等 | 〒 |
| 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 緊急連絡先住所等 | 〒 |
| 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 障害者手帳 | 障害名 | 障害者等級表による級別 |
| 特記事項 |  |

※登録申請に関する情報は、県及び一般社団法人山梨県言語聴覚士会と共有いたします。