

平成 年 月 日

指定障害福祉サービス事業 二丈しおさいの丘 利用申込書

申込者（保護者様氏名）

ふりがな

氏 名

印

指定障害福祉サービス事業 二丈しおさいの丘 の利用申込を致します。

ふりがな 施設利用者様氏名			
生年月日	S・H 年 月 日生（ 歳） 男・女		
現住所	〒 TEL - -		
緊急連絡先	※連絡者氏名と番号記入（職場及び携帯電話をお持ちの方は記入をお願いします。）		
家族の状況	※家族構成等		
知的障がい名	IQ	MA	身体障がい名 IQ MA
療育手帳番号	身障者手帳番号		
施設支援手帳番号	健康保険 社会保険・国民健康保険 記号： 番号：	区分(A・B・C) 有効期限 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	その他の保険 記号： 番号：
利用を希望する理由			
備 考			
※ 療育手帳・身障者手帳のいずれかの写しをお願い致します。（どちらもお持ちの方は両方ともお願い致します。） ※ 施設支援手帳の写しの添付をお願い致します。			

社会福祉法人 二丈福祉会
指定障害福祉サービス事業
二丈しおさいの丘
理事長 小川 宏 恵 殿