

(様式第1号)

枚方市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書

枚方市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日: 年 月 日

申請区分 <small>※該当する番号に○印</small>	1. 新規
	2. 継続 (入院期間の延長 ・ 利用決定期間の延長 ・ その他)
	3. 変更 (変更内容:)

申請者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	

入院期間等	※入院期間を証明する書類を添付すること		
	入院期間	年 月 日 ~	年 月 日
	入院する医療機関名		
	住所・電話番号		

利用する事業者名等	(※現に利用している事業者で、本事業の依頼予定の事業者を記入してください。)	
	事業者名・サービス種別	住所・連絡先

申請書提出者	※本人が申請する場合は本欄は記入不要		
	フリガナ 氏名	申請者との 関係	
	住所	電話番号	