

別記第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

荒川区長 殿

荒川区失語症者コミュニケーション支援事業登録申請書（個人登録）

失語症者コミュニケーション支援事業の利用の登録を申請します。
なお、以下の情報について委託先に提供されることに同意いたします。
また、コミュニケーション支援者の派遣について、営業、政治又は政党、宗教活動に関
することに利用しないことを誓約いたします。

フリガナ		生年月日	
氏 名		年 月 日	
資 格 (該当に☑)		☐ 身体障害者福祉法(昭和 24 年法律第 283 号)第 15 条第 4 項 の規定により身体障害者手帳の交付を受けている ☐ 医師の診断書により失語症者であることが確認できる <u>※診断書を添付してください</u> ☐ その他 ()	
住 所		〒	
連 絡 先		電話	FAX
		メールアドレス	
身体障害者手帳		無 ・ 有 (級) 個別等級 (級 ・ 障害種別 :) 個別等級 (級 ・ 障害種別 :) 個別等級 (級 ・ 障害種別 :)	
緊 急 連 絡 先	フリガナ		
	氏 名	(続柄)	
	住 所	〒	
	電 話		