臼杵市長　殿

「障がい福祉」に関する書類の送付先を下記のとおり希望します。

＜対象業務＞

□ 福祉課（障がい福祉）で送付するもの全て（今後利用開始するサービス含む）

□ 手帳（身体・療育・精神）関係　□ 自立支援医療（更生・育成・精神）関係

□ 障害福祉サービス関係　□ 地域生活支援事業関係

□ 補装具関係　□ 日常生活用具

□ 重度医療関係　□ 障がい手当関係

□ その他（　　）

記入日　　年　　月　　日

＜対象者氏名＞

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜生年月日＞

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜送付先＞

〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

宛名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人と宛名の方の関係：＿＿＿＿＿＿＿＿

＜本届出書の申請者（記入者）＞

申請者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人と申請者の関係：＿＿＿＿＿＿＿＿

※送付先の宛名と申請者が同じ場合、「同上」で可