

様式第1号(第6条関係)

意思疎通支援事業利用者登録申請書

年 月 日

常陸太田市福祉事務所長 様

住 所
氏 名
電 話
F A X

次のとおり、意思疎通支援事業の利用者登録を希望します。

利 用 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	身体障害者手帳	第 号 (級) 障害名
備 考		