

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書

吹田市長宛

申請者 住所
氏名
電話番号
対象者との続柄

次のとおり、吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用を申請します。

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号 ファックス番号		
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号	
	精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	

コミュニケーション支援事業名	
	事業者名・住所
	支援員代表者名 電話番号
	事業者名・住所
	支援員代表者名 電話番号
	事業者名・住所
	支援員代表者名 電話番号
申請する 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

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏 名		申請者 との関係	
住 所	〒 電話番号		