

久山町意思疎通支援事業利用登録申請書

年 月 日

久山町長 様

申請者

住 所

氏 名

対象者との関係

電話番号

FAX番号

下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年	月	日	電 話	—	—
身体障害者手帳	手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日
	の 級						
障がい名							
希望する支援	1 手話通訳者等による支援			2 要約筆記者による支援			