

年 月 日

沼津市障害者活動支援事業利用申請書

（宛先）沼津市福祉事務所長

住所  
申請者 氏名 印  
（利用者又は保護者）利用者との関係  
連絡先

沼津市障害者活動支援事業の利用を申請します。

利用者	氏名		生年月日	
	住所		電話番号	
手帳の種類		手帳番号		
疾病名	[ 医師の診断書 有 無 ] [ 特定疾患医療受給者証 有 無 ]			
希望する事業の内容等	1 活動支援型 2 見守り支援型			