

# 障がい者生活支援金制度参加申込書

申請日 20 年 月 日

登録番号	県	NO.							
------	---	-----	--	--	--	--	--	--	--

## ★申請者(障がい者生活支援金受給者)

ふりがな		生年月日	1、西暦	2、昭和	3、平成
申請者名	⑩		年	月	日
ふりがな					
住所	〒	県			
電話番号		携帯電話			
FAX		メールアドレス			
区分	1、身体 2、精神 3、療育 4、特定疾患 5、その他				

## ★振込口座(障がい者生活支援金受給者の口座に限る)

金融機関名		支店名		種別	
口座番号		口座名義人			

※口座名義人は申請者と同じとします

## ★緊急連絡先

ふりがな					
氏名					
ふりがな					
住所	〒	県			
電話番号		FAX			
関係					

※私は、「障がい者生活支援金制度説明書」の内容に同意いたします。

## ★事務局処理欄

受付日	承認日	承認書 送付日	登録日	コピー機 紐付	自販機 紐付	商品購入 紐付

◎申請書受理後、理事会で承認された申請書は、速やかに申請者に連絡を行います。

◎募集活動は、申請書が承認されて登録番号が付与された後でないとできません。

◎送付方法 ～ F a x、メール、郵送のどれかで送って下さい。

◎個人情報の取り扱い～当会は、すべての事業で個人情報を取得および利用する場合には、利用目的を明確にし、特定された利用目的の達成に必要な範囲内で適正に個人情報を取扱うと共に、目的外利用はいたしません。

送付先 〒812-0034 福岡市東区多の津4丁目17-5 (社) 障害者自立支援協会内  
一般社団法人障がい者の明日を考える会 行

E-Mail : info.shogaisha@gmail.com

FAX 092-260-7427

TEL 070-6994-3701