木更津市コミュニケーション支援事業利用申請書

年　　月　　日

木更津市福祉事務所長　様

（申請者）

住　所

氏　名　　　　　　　　印

電話番号

ＦＡＸ番号

木更津市コミュニケーション支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　号 |
| 日時 | 　　　　　　年　　月　　日　　　　午前・午後　　時　　分～午前・午後　　時　　分派遣先：待ち合わせ場所と時間： |
| 理由 |  |
| 備考 |  |