

様式第 1 号 ( 第 4 条関係 )

春日市重度身体障害者福祉電話貸与申請書

年 月 日

( 宛先 ) 春日市福祉事務所長

( 申請者 ) 住 所  
氏 名

福祉電話の貸与を受けたいので、春日市重度身体障害者福祉電話設置事業運営要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

なお、福祉電話の貸与の決定のため、私の世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

設 置 場 所					
対 象 者	氏 名				
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
	身体障害者 手 帳	都道府縣市 第 号 年 月 日 交付・再交付	等 級 級	障 害 名	

市 記 入 欄	担 当 者 の 意 見			
	世帯全員の市民税の所得割 課税 非課税			

上記の申請について、( 決定・却下 ) してよろしいか伺います。

担当	係長	課長	決 裁

決裁日： 年 月 日