ライフサポートファイル利用申込書

　　　年　　　月　　　日

ライフサポートファイルの利用を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　申込者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

：

生年月日：　　　　　　　　　　　　　年齢　　　歳

住所：　白井市

以下は担当課処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込受理・ﾌｧｲﾙ配布担当課名と受付日 | 障害福祉課受付日 | 台帳入力 | 備考 |
|  |  |  |  |