NPO法人友の会かたくりポッケ　入会利用申込書

記入日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="3"></td><td>性　別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="6">（　明　大　昭　平　）　　年　　月　　日　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">〒</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="2">自　宅</td><td>携　帯</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>世帯構成</td><td colspan="6">独居　・　夫婦のみ所帯　・　同居者あり（　　）（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">緊急連絡先</td><td colspan="3">フリガナ
氏　名</td><td>続　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">住所　〒</td><td>自　宅</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>携　帯</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">支援事業所</td><td colspan="3" rowspan="2">事業所名</td><td>電　話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ＦＡＸ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">担　当</td><td>電　話</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

利用したいサービスを○で囲んで下さい

①生活支援サービス　②子育て支援サービス　③移動支援サービス　④その他

③の移動支援サービスを利用する場合は当てはまる（　）に記入してください

①身体障害者（　　）級　　※　車椅子・杖・その他

②要介護認定（　　）度

③要支援認定（　　）度

④その他肢体不自由、内部障害、知的障害（　　級）、精神障害（　　級）

その他の障害（発達障害・学習障害を含む）

利用料金の支払方法に○をつけて下さい

（　　）現　金　　（　　）振込み

※友の会の会員管理・ポッケの利用管理を行います。それ以外に使用することはありません。