

八王子市南大沢保健福祉センター利用登録申請書

八王子市長 初宿 和夫 殿

令和 年 月 日

申請者 住所 八王子市
氏名 _____

利用者との続柄()

次のとおり利用の登録を受けたい(変更したい)ので申請します。

利用者	住所	〒 八王子市			
	ふりがな 氏名		性別	男・女	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳	
	電話番号	— — 自宅・携帯・呼出し			
連絡先 (緊急時用)	氏名 住所 電話番号	利用者との関係			
障害の有無	有・無				
障害の内容	身体障害者手帳	手帳番号	東京都 第 号	等級	種 級
		交付年月日	年 月 日		
	愛の手帳	手帳番号	東京都 第 号	程度	度
		交付年月日	年 月 日		
摘要	住所変更・障害変更・再発行・その他()				
処理欄	確認	健康保険証・運転免許証 身体障害者手帳・愛の手帳 その他() NO.	A(高男) B(高女) C(障男) D(障女) 新規NO. (旧NO.)		
		<input type="checkbox"/> 受付者() <input type="checkbox"/> 台帳記入() <input type="checkbox"/> PC登録()			