

【別紙】令和元年度共同募金配分障がい児者福祉事業「希望の旅」参加申込書

大桑村社会福祉協議会長 早川 孝 行

(ふりがな) お名前	
住 所	〒 —
生年月日	大・昭・平 年 月 日()歳
電話番号	— —
緊急連絡先 (ご家族の携帯電話など)	— —
所持する手帳	療育手帳()・身体障害者手帳(級) 精神保健福祉手帳(級)
食物アレルギーの有無	そば・小麦粉・鶏卵・その他()
保護者同伴(1名)	なし ・ あり(氏名)
付添ボランティア	希望する ・ 希望しない
特記事項	例) 車いす対応の車輛が必要、外出時には見守りが必要 等

上記のとおり、令和元年度共同募金配分障がい児者福祉事業「希望の旅」に申込みます。

令和2年 月 日

⑥

※20歳未満の方は、保護者氏名にて記名捺印してください。