

**支援対象者用**

支援対象者番号(事務局記入欄)

\_\_\_\_\_年度

**横浜市ガイドボランティア事業支援対象者登録申請書**

事務取扱団体名		公益社団法人横浜市身体障害者団体連合会		実施団体 浜 視 協・車椅子の会	
ふりがな				生年月日(年齢)	性別
支援対象者氏名				年 月 日 (満 歳) <small>西暦 昭和 平成</small>	男・女
住 所	〒 _____ 区 _____ ※集合住宅は名称・部屋番号必須				
	最寄駅	線	駅 (→バス停)	所要時間	分
電 話	( )	携帯電話	( )		
F A X	( ) / 無	E-mail			
緊急連絡先	氏 名 : _____		本人との関係 : _____		
	連絡先 ☎ : ( )				
障 害 名 (手帳記載事項)				等 級	級
障害者手帳	( )手帳 第 _____ 号	西暦/昭和/平成/令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付			
その他(判定書等)					
障害種別	視覚・肢体不自由・知的・精神・難病		通所先または 学校名	( _____ 年生)	
受給者番号※	障害福祉サービス利用者のみ				
人工透析の有無	有・無		2人対応の有無	有・無	
支援対象者情報	*性格や好み、特徴、補装具の有無など具体的な支援対象者の情報やボランティアへの要望など				
	□点字資料 (要 ・ 不要)				
	□車イス使用の有無 (有・無) *自操 (可・不可)				
ガイド内容	通学 (障害児)	通所	余暇	一般(生活に必要な外出等)	
ガイドボランティア氏名 (特定のボランティアがいる場合、複数可)					
※下記内容を確認し、チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 上記のとおりガイドボランティアの支援対象者登録をし、適正に制度を活用します。 <input type="checkbox"/> 他の事務取扱団体には登録していません。  申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 申請者住所 〒 _____  申請者氏名 _____ 保護者・代理人の場合 (続柄 _____) 印					

※「受給者番号」とは障害福祉サービス(居宅介護・移動支援など)を受給している場合に、区役所より発行されている「受給者証」に記載されている10桁の受給者証番号のことです。

**※ 障害者手帳の写しを添付してください。**

※ ご提供いただいた個人情報については、本事業の目的以外には使用いたしません。