

(様式第1)

平成 年 月 日

室蘭市社会福祉協議会
ファックス購入助成申請書

申請者	住所						
	ふりがな				印鑑		
	氏名						
	電話			続柄			
対象者	ふりがな			性別	男・女		
	氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	障害部位	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能障害		等級	2級・3級・4級		
家族構成	氏名	続柄	年月日生	年齢	勤務先・学校		
ファックス購入設置の必要性を具体的に記入して下さい。							
購入予定年月日	平成	年	月	日	購入予定店		
購入予定機種							

※ファックスを購入される室蘭市内の販売業者から、消費税・工事費等を除いて支払する額の見積書を添付して下さい。

※身体障害者手帳のコピー1部を添付して下さい。