第１号様式（第４条関係）

杉並区視覚障害者代筆・代読支援事業利用申請書

申請日　　年　　月　　日

杉並区長　宛

次のとおり代筆・代読支援事業の利用を申請します。

ふ り が な		生年月日	年　　月　　日
申請者氏名			
住　　所	〒		
連　絡　先	（電 話 番 号）		
	（メールアドレス）		
身体障害者手帳（視覚）の有無	□　有　（　　級） □　無　（疾患名：　　） ※無にチェックを付けた方は診断書の写し又は診療状況提供書をご提出ください。		
ふ り が な		申 請 者との関係	
代筆者氏名			

障害者総合支援法の地域生活支援事業に係る代筆・代読支援事業の利用承認を受けるために、区が必要と認める場合は、申請者が利用している自立支援給付等に関する事項（他のサービスの利用状況・住民税情報他）について区が保有する情報を利用すること及び関係機関に照会し、情報提供を受けることに同意します。また、申請者の世帯の住民登録資料、税務関係資料その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

（備考）