様式第3号(第6条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  阿児健康増進センター介助員施設使用料免除申請書  　（宛先）志摩市長  住　所  申請者　氏　名  　　　　　　　　（介助員）連絡先  　次のとおり、志摩市阿児健康増進センターの設置及び管理に関する条例施行規則第6条第の規定により、介助員の施設使用料免除を申請します。 | | | |
| 対象者氏名 |  | | |
| 対象者住所 |  | | |
| 生年月日 | (　　歳) | 連絡先 |  |
| 所持している  手帳の種類 | 身体障害者手帳　・　療育手帳　・　精神障害者保健福祉手帳 | | |
| 上記手帳の  種別・等級等 |  | | |
| 介助の必要な  理由及び  介助方法 |  | | |