

# 社会福祉法人長野市身体障害者福祉協会 入会申込書

令和 年 月 日

フリガナ	(姓)	(名)	
氏名			
生年月日 (年齢)			性別
昭和・平成	年	月	日 (歳)
			男・女
住所	〒 _____ 長野市		
電話番号	自宅	—	—
	携帯電話	—	—
手帳交付年月日		旅客鉄道株式会社 運賃減額	障害程度等級
昭和・平成・令和	年	月	日
		種	級
障害種別	*該当する部位に○をしてください。 視覚障害 ・ 聴覚障害 ・ 上肢機能障害 ・ 下肢機能障害 体幹機能障害 ・ 内部障害 ( ) ・ その他 ( )		
備考			

(事務処理欄)

本部会員	NO. _____	支部会員	支部名： (令和 年 月 日 支部長へ連絡)
------	-----------	------	------------------------------