

公共施設利用者名簿

枚中 枚目

利用日時 令和 年 月 日 ()

利用施設 _____

No	氏名	生年月日	住所	区分	障害者手帳等
1				障がい者・付添人	有・無
2				障がい者・付添人	有・無
3				障がい者・付添人	有・無
4				障がい者・付添人	有・無
5				障がい者・付添人	有・無
6				障がい者・付添人	有・無
7				障がい者・付添人	有・無
8				障がい者・付添人	有・無
9				障がい者・付添人	有・無
10				障がい者・付添人	有・無
11				障がい者・付添人	有・無
12				障がい者・付添人	有・無
13				障がい者・付添人	有・無
14				障がい者・付添人	有・無
15				障がい者・付添人	有・無
16				障がい者・付添人	有・無
17				障がい者・付添人	有・無
18				障がい者・付添人	有・無
19				障がい者・付添人	有・無
20				障がい者・付添人	有・無

※住所は町名まで記入してください。(例：市川市大野町)

※区分は利用する方が該当するものに○印を記入してください。

(講師などについては、利用者名簿への記載は不要です。)

※障害者手帳等には、障害者手帳又は難病受給者証をお持ちの方について○印を記入してください。

(障害者手帳・難病受給者証が有期切れの場合は「無」となります)

※21名以上の方が利用する場合は、2枚目以降を作成してください。

障がい者支援課 確認欄