

様式第 2 号

熊本市介護支援専門員等の住宅改修支援事業申込書

申込年月日

年 月 日

熊本市長 （宛）

フリガナ			生年月日 印	明治					
申込者氏名				大正	年 月 日				
				昭和					
申込者住所	〒 電話番号								
勤務先名									
勤務先住所	〒 電話番号								
取得資格 (いずれかにレをつけてください)	☐ 理学療法士		取得 年月日	年 月 日					
	☐ 作業療法士								
	☐ 福祉住環境コーディネーター（1級）								
	☐ 福祉住環境コーディネーター（2級）								
振込口座	銀行	本店	種目	口座番号					
	信用金庫	支店	1 普通						
	信用組合	出張所	2 当座						
	フリガナ								
	口座名義人								

受付