受付保健所	保健所

サポート弁護士利用申込書

申込日:令和　　年　　月　　日

1. 請求予定者

ふりがな	
お名前	
申込者区分	□本人 □特定配偶者 □遺族【続柄　　】
〒	
住　所	島根県

2. 連絡者の情報

ふりがな	
お名前	
請求予定者との関係(続柄)	(例:子、孫、きょうだい)
〒	
住 所	
自宅電話	
携帯番号	
メールアドレス	

※申請予定者と連絡者が同一の場合は、連絡先のみご記入ください。

3. その他

※必要となる合理的配慮(手話通訳、筆談など)、連絡方法などがあればご記入ください。