

じりつしえんきょうぎかい しよう どうじしゃぶかい いいんもうしこみしよ
自立支援協議会（障がい当事者部会）委員申込書

※太枠内を記入・選択してください。

氏名		生年月日	
ふりがな		昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)
住所		電話番号	
〒 ー いわき市		自宅 () 携帯 ()	職 業
(方書)			
発達障害や指定難病の診断	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
あり 無	あり 無	あり 無	あり 無
(診断名)	(級)	(級)	(級)
委員に応募する動機を教えてください。			
障がい福祉分野で感じる課題があれば教えてください。			

とうじしゃぶかい たい い き ご ようぼうとう きにゆう
当事者部会に対する意気込みや要望等があれば記入してください。

- 申込み先：いわき市保健福祉部 障がい福祉課 当事者部会担当（いわき市役所 2階北側）
まで、本申込書を直接お持ちいただくか、次の宛先に郵送・電子メール・ファックスにて締切日までにご提出願います。
- 郵 送： 〒970-8686 いわき市平字梅本21番地 電 話 （22）7485
電子メール： shogai-fukushi@city.iwaki.lg.jp ファックス （22）3183
- 締切日：令和8年5月22日（金）まで（必着）

記入例

自立支援協議会（障がい当事者部会）委員申込書

※太枠内を記入・選択してください。

氏名		生年月日	
ふりがな いわき いちろう 磐城 一郎		昭和 2 年 1 月 1 日生 平成 (満 33 歳)	
住所		電話番号	
〒 970 - 8686 いわき市 平字梅本 21		自宅 0246 (22) 7485 携帯 080 (1111) 2222	
(方書)		職 業 就労継続支援 A 型 ○○	
発達障害や指定難病の診断	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
あり (精神発達遅滞)	あり (級)	あり (B2 級)	あり (級)
委員に応募する動機を教えてください。			
障がいのことをもっと多くの人に知ってもらいたいです。自分は今仕事ができているが、働きたいと思っている人はたくさんいると思うので、少しでも力になりたいと思います。			
障がい福祉分野で感じる課題があれば教えてください。			
困ったときに、どこに・誰に相談すればよいかのかわかりにくいと思います。			

とうじしやぶかい たい い き ご ようぼうとう きにゆう
当事者部会に対する意気込みや要望等があれば記入してください。

いろいろな障がいがある方と話し合っ、みんなが住みやすいいわき市にしたいと思います。

■ 申込み先：いわき市 保健福祉部 障がい福祉課 当事者部会担当（いわき市役所 2階北側）
まで、本申込書を直接お持ちいただくか、次の宛先に郵送・電子メール・ファ
ックスにて締切日までにご提出願います。

郵 送： 〒970-8686 いわき市平字梅本21番地

電 話 (22)7485

電子メール： shogaifukushi@city.iwaki.lg.jp

ファックス (22)3183

■ 締切日：令和8年5月22日(金)まで (必着)