災害時障害者支援ビブス交付申請書

平成　　年　　月　　日

徳　島　市　長　殿

申請者

氏名

（続柄）

災害時障害者支援ビブスの交付について、次の通り申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害  者の  氏名 |  | | 生年  月日 | 明  大  昭　　　　年　　　月　　　日  平 |
| 住所  及び  電話  番号 | 徳島市  　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　‐ | | | |
| 手帳番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | | |
| 障害区分  ※該当するものを  ○で囲んでください | | 1. 視覚障害１・２級（個別等級） 2. 聴覚障害２級（個別等級） | | |