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）
 |