

様式第 1 号（第 3 条関係）
（あて先） 大津市長

年 月 日

大津市聴覚障害者災害時支援用バンダナ配布申込書

住所 〒520-_____

大津市_____

氏名 _____

聴覚障害者災害時支援用バンダナについて、下記のとおり配布を希望します。
また、配布を希望するにあたり、大津市が、私の所持する身体障害者手帳の情報を確認すること及び加入している聴覚障害者の当事者団体等に、加入状況を調べることにについて同意します。

配布対象者の区分	以下のいずれかに☑をつけてください。 ☐ 聴覚障害により身体障害者手帳 1 級又 2 級を所持している者 手 帳 番 号（_____） ☐ 市内の聴覚障害者の当事者団体等に属している者 加入団体名（_____） ☐ 本市が実施する手話通訳・要約筆記派遣事業等の聴覚障害者に関する施策に関係する者 事 業 名（_____）
送付先住所	☐ 上記と同じ 〒
送付先氏名	☐ 上記と同じ
過去の配布歴	私は、過去に聴覚障害者災害時支援用バンダナの配布を受けたことが ☐ あります ☐ ありません