

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	明大昭平 年 月 日
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)		