（別紙１）

年　　月　　日

障がい者災害支援ビブス交付申請書

日本赤十字社

大阪府支部岬町分区長　あて

申請者　住　所

氏　名

電話・ＦＡＸ

障がい者災害支援ビブスについて、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（利用者） | 氏名 | （ふりがな） |
|  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 連絡先 | （ＴＥＬ・ＦＡＸ） |
| 申請要件  該当する番号を〇で囲んでください。 | １　身体障害者手帳所持者  ２　療育手帳所持者  ３　精神障害者保健福祉手帳所持者  ４　岬町登録手話通訳者  ５　その他（　　　　　　　　　　　　） |