|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 手帳交付番号 | 滋賀県　　第 |  | 号 ／ 聴覚・平衡　　　　　　級  　　　音声言語等　　　　　　級 |
|  | 住　　　　所 | 甲賀市　　 　　　　町 | | |
|  | 障がい者氏名 |  | | |
|  | 連　 絡　 先 | TEL　　　　　　　　　　FAX | | |
|  | 種　　　　別 | 聴覚障がい者用　・　盲ろう者用 | | |
|  |  |  |  |  |

聴覚障がい者災害時ビブス交付申請書 兼 **ＦＡＸ送信表**

**FAX番号　０７４８－６３－４０８５**

**甲賀市障がい福祉課 あて**

* **障がい福祉課の窓口で受け取られる場合のみ、裏面の受領書もご記入ください。**

※※※※※※※※※※※※※※※※　以下市役所記入欄　※※※※※※※※※※※※※※※※※

受付方法（場所）　　郵送　・　障がい福祉課 窓口 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

受 付 者

受 付 印　　　　　　　　　　　　　□　台帳入力　（受付連番　　　　　　　　　）

* 発送チェック（郵送の場合）

　発送日（　　　　月　　　　日 ）

　　 発送者

【郵送以外での受け取りを希望される場合のみ、ご記入ください。】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **受　　領　　書** | | | | |
|  | | | |  | | | |
| 聴覚障がい者災害時ビブスを受領しました。 | | | |  | | | |
|  | |  |  | | |
| 年　　 月　 　日 | |  |  | | |
|  | | | | | |
| 受領者氏名   * 押印は不要です。 | | | | | |
| 手帳交付者との続柄 | | | | |  | |
| （　　　　　 　　　） | | | | |  | |