

(様式1)

東大阪市聴覚障害者等災害時ファクス情報発信事業登録申込書

(あて先) 東大阪市長

【申込者記入欄】	申込日	年 月 日
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	ファクス番号	
	メールアドレス	
対象者 (該当する項目の□に チェックをしてください)	☐ 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する身体障害者手帳(聴覚障害)の交付を受けている方 ☐ 身体障害者手帳(聴覚障害)をお持ちでない方 ※ご本人の聴覚の状態について下段に記入してください。	
公簿等による確認に関する同意 (□にチェックをしてください)	申込書の内容を確認するため、市が公簿等で調査することに同意しますか。(同意がない場合は申し込むことができません。) ☐ 同意する	
申し込み・問合せ先		