

年 月 日

小金井市聴覚障がい者災害支援ビブス給付申請書

(宛先) 小金井市長

小金井市聴覚障がい者災害支援ビブス給付要綱第5条の規定により、ビブスの給付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	明・大・昭・平 年 月 日生
	住所	
	電話番号	
	申請要件 該当する 番号を○ で囲んで ください。	1 身体障害者手帳（聴覚障害）の交付を受け、手話通訳者を必要とする者 2 小金井市登録手話通訳者 3 その他（ ） ※ 本欄の情報は資格確認と統計に使用します。 市以外の者に提供することはありません。
申請者が利用者以外の場合にのみ、御記入ください。 氏名 _____ 利用者との続柄 _____ 住所 _____ 電話番号 _____		