様式第１号（第３条関係）

聴覚障がい者等災害情報等配信事業登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　高石市長　あて（FAX　２６５－３１００）

　ファックス等による災害情報等の配信登録を希望いたしますので、以下の内容にて申請します。

また、ファックス等の配信に際し、市が契約する業者に氏名、ファックス番号及びメールアドレスを提供すること、関係機関と個人情報を共有することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| 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（聴覚障がい）の交付を受けている方□　身体障害者手帳（聴覚障がい）をお持ちでない方 |
| その他（特記事項） | ※ご本人の聴覚の状態について記入してください。 |