能美市聴覚障がい者意思疎通支援バンダナ
交付申請書

申請年月日　　年　　月　　日

申請者：住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続き柄　本人・親・子・その他（　　）

連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者(児)住所	能美市
対象者(児)氏名	
申請事由 (該当する項目に ☑をして下さい。)	□身体障害者手帳保持者（聴覚障害） （□ １級　□ ２級　□ ３級 □ ４級　□ ５級　□ ６級） □身体障害者手帳はないが、難聴（耳がきこえにくい）