

## 大村市戸別受信機貸与申請書

(文字表示機能付き戸別受信機用)

年 月 日

大村市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

戸別受信機の貸与を希望しますので、大村市防災行政無線戸別受信機の貸与に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、市が戸別受信機の管理のため、記載した申請内容に係る住民基本台帳、障がい等に関する情報を確認することについて同意します。

◆身体障害者手帳に関する事項について記入してください。

障がいの程度	身体障害者手帳所持者 ・ 準重度難聴者		
対象者氏名		生年月日	年 月 日
手帳所持者	手帳番号	県 第 号	障害等級 級
準重度難聴者	聴力レベル： 右 d B ・ 左 d B		
連絡方法 (複数可)	電話・FAX・メール・点字・その他 ( ) メールアドレス		

◆戸別受信機の返還等に関する責任者 (申請者と同じ場合は、記入は不要です。)

氏 名		電話番号	
-----	--	------	--

.....  
大村市処理欄 (記入しないでください。)

受信機管理番号		受付日	年 月 日
世帯番号		貸与日	年 月 日
処理・確認者			
備 考			

