

様式（第3条関係）

令和 年 月 日

名取市長 あて

名取市防災ベスト配付申請書（新規・再配付）

防災ベストの配付を受けたいので、注意事項に同意の上、次のとおり申請します。

配付 対象者	ふりがな		生 年	
	氏 名		月 日	年 月 日
	住 所	名取市	電 話 番 号	
代 理 申請者	ふりがな		配付対 象者と の関係	
	氏 名			
	住所又は 所在地		電 話 番 号	
受取 方法	窓口受取 ・ 郵便受取 （いずれかに○を付けて下さい）			
【 注意事項 】 次の内容に同意し申請します。 ① 災害時に防災ベストを着用していても、支援を受けることができない場合があることを了承します。 ② 防災ベストは善良に管理するとともに、譲渡したり貸し付けたりしないことを約束します。				
市 確 認 欄				
対象区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級（ ）級（視覚・聴覚） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
配付日	令和 年 月 日（窓口・郵送） 対応者（ ）			

【 申請に必要なもの 】

- ・ 障害内容を証明するものの写し（身体障害者手帳等）