

(福祉保健部障害者福祉課 行)

令和 年 月 日

福知山市長 様

申請者 住所

氏名

福知山市から発表される「災害避難情報等」について、ファクスによる情報提供を希望します。

身体障害者 手帳番号	京都府第 号		
聴覚障害の等級	級	申請者との続柄	
手帳所持者氏名			
手帳所持者住所	〒 福知山市		
電話番号			
F A X 番号	この番号にファクスを送信します。 <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 40px; margin: 10px auto; text-align: center;">—</div>		
<small>※IP 電話 (050)、ダイレクト電話 (0570 等)、フリーダイヤル (0120) には送信できません。</small>			

※本サービスは、聴覚障害の手帳をお持ちの方のみ対象です。

※電気代や用紙代は個人負担となります。

※ファクス送信の必要がなくなった場合は、市役所障害者福祉課まで御連絡ください。(24-7017)

※本票のファクスによる申し込みもできます。(送付先 **FAX 22-9073**)