

記載例

平成26年 ○月 ○日

（あて先）大山崎町長

次のとおり申請します。

必ずいずれかに○を付けてください

1. 登録の事由

次のうち該当する項目に○印をつけてください（複数可）。

※太枠内は必須

<input type="checkbox"/>	携帯電話を持っていない
<input type="checkbox"/>	携帯電話を持っているがメール機能がない
<input type="checkbox"/>	携帯電話を持っているがメール操作ができない
<input type="checkbox"/>	視覚障がいのある方（身体障害者手帳を所有する方）
<input type="checkbox"/>	聴覚障がいのある方（身体障害者手帳を所有する方）
<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳（視覚・聴覚しょうがい以外）、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを所持している方
<input type="checkbox"/>	要介護認定を受けている方
<input type="checkbox"/>	高齢者のみ世帯の方
<input type="checkbox"/>	その他（理由： _____ ）

該当するものがあれば○を付けてください

2. あなた（登録申請者）の氏名・住所・連絡先等

氏名	(ふりがな) おおやまざき たろう		性別
	大山崎 太郎		
住所	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 55年 5月 5日	
	大山崎町 字円明寺小字夏目3番地		
登録 連絡先	電話	075-956-2101	希望するサービスのどちらかを○で囲って、連絡先を記入してください
	FAX		
希望サービス	電話 ・ ファックス		
代理申請	氏名		登録申請者との関係
	住所		連絡先

※登録申請者は、町内に居住している方（住民登録のある方）に限ります。

※本申請書に記載された個人情報は、町防災・防犯情報電話（ファックス）の運用目的以外には一切使用しません。