

聴覚障害者相談申出書（身体障害者手帳をお持ちの方）

申 出 日	年 月 日				
申 出 者	氏 名				
	住 所				
	電話番号				
	FAX番号				
	聴覚障害者との関係				
聴覚障害者 <small>※申出者の場合は記載不要</small>	氏 名				
	住 所				
	FAX番号				
身体障害者手帳の内容	手 帳 番 号	第	号	等 級	級
相談の内容	※ 内容は、できるだけ詳しく記入してください。				
回答の有無	1 必要		2 不要		

相談先：お住まいの住所を管轄する地域福祉課へお願いします。

① 大森地域福祉課 身体障害者支援
大森西1-12-1
FAX:5764-0659

② 調布地域福祉課 身体障害者支援
雪谷大塚町4-6
FAX:3726-5070

③ 蒲田地域福祉課 身体障害者支援
蒲田本町2-1-1
FAX:5713-1509

④ 糞谷・羽田地域福祉課 身体障害者支援
東糞谷1-21-15
FAX:3742-3116