選挙当日投票所移動支援申込み用紙

**・支援対象者**　**当日投票所への自力による移動手段がない選挙人**

**・選択肢のある項目は、番号をお囲みください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | |
| 氏名 | 行政区 |
| 連絡先 | |
| 希望の時間帯　　**1.午前**　　**2.午後**  時間の指定が必要な場合(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　頃) | |
| 車椅子の使用　　**1.必要**　　**2.不要**  ※車椅子をご利用になる方は、以下からご選択ください。  **1.自前のものを持参する。**  **2.車椅子を借用したい。** | |
| 付添人　　**1.有**　　**2.無** | |
| 配慮してほしい点等、その他ご記入ください。 | |