様式第１号（第６条関係）

手話通訳者等派遣申請書

年　　月　　日

下妻市長　　様

　手話通訳者等の派遣を受けたいので、下妻市聴覚障害者等意思疎通支援事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | ㊞ |
| 住所 | 電話番号 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請に係る児童氏名 | |  |
| 申請者から  見た続柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 | |  | 障害名・等級 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望する支援 | 1　手話通訳　　　2　要約筆記　　　3　代読 | | | | |
| 希望する日時(待ち合わせ時間から書いてください。) | 年　　月　　日 | | | 午前・午後　　時　　分から  午前・午後　　時　　分まで | |
| 派遣場所 | 県  都 | | 市・区  町・村 | | 番地 |
| (場所・電話番号) | | | | |
| 待ち合わせ時間及び場所(詳しく書いてください。) | 午前・午後　　時　　分 | | | | |
| 県  都 | 市・区  町・村 | | | 番地 |
| (場所・電話番号) | | | | |
| 派遣依頼の内容  (右の欄の数字を○で囲んでください。) | (1)　医療機関、保健所、保健センター等での受診、健康診断又は相談  (2)　官公庁、学校その他の公的機関での手続、相談又は事業への参加  (3)　社会参加を促進する学習活動等への参加  (4)　就職面接又は就労に関する活動  (5)　冠婚葬祭、自治会活動、地域活動等への参加  (6)　上記以外  　(1)から(6)までの具体的内容を書いてください。 | | | | |