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。 |