

年 月 日

日進市長あて

意思疎通支援者（手話通訳者・要約筆記者）派遣申請書

下記のとおり、派遣を申請します。

希望する派遣		※希望するものに○をつけてください。 手話通訳者 ・ 要約筆記者（手書き・パソコン）				
申請者	氏名 (または 団体名)	(フリガナ)		※個人申請の場合は記入してください。 生 年 月 日		
				明治・大正 昭和・平成 年 月 日		
	住所 (連絡先)	団体申請の場合 代表者氏名	(フリガナ)			
		〒 —				
		ファックス () — 電話 () —				
		携帯電話 () —				
		メールアドレス ☐ 前回と同じ ☐ 初回・変更 ()				
派遣日時		年 月 日 曜日 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分				
派遣内容		※具体的に記入してください。(例…受診)				
派遣場所等		派遣場所	(例…△△病院 日進市△△町)			
		電話 () —				
		待ち合わせ場所	(例…1階受付窓口) ※地図等がある場合は添付してください。	待ち合わせ時間	午前・午後 時 分	
希望意思疎通支援者名 (希望がある場合)		() ※希望する意思疎通支援者が派遣されるとは限りませんので、ご了承ください。				
団体申請の場合 実施行事の詳細		参加費・入場料等	無料 ・ 有料 (金額 円)			
		有料の場合 得た収益の用途				
備 考						

※チラシ等の派遣内容を証明する書類の添付をお願いすることがあります。
※記載内容が事実と異なると判明した場合、今後の申請を受理しない場合があります。

送信（申請）先：日進市 介護福祉課 障害福祉係
ファックス 0561-72-4554
メール kaigofukushi@city.nisshin.lg.jp