様式第１号（第11条関係）

滑川市意思疎通支援者派遣申請書

　　　年　　月　　日

滑 川 市 長　様

氏名（団体名）

住所

申 請 者

T E L　 　（　 　）

F A X　 　（　 　）

滑川市意思疎通支援事業実施要綱第11条の規定により、下記のとおり意思疎通支援者の

派遣を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣対象の  聴覚障がい者等  （年齢・年代） | 氏名（団体名）    年代（～10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代～） | |
| 支 援 内 容 | 手 話 通 訳　　・　　要 約 筆 記 | |
| 派遣年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　） | |
| 派遣時間 | 待合わせ時刻 | 午前・午後　　　　　時　　　分 |
| 通訳予定時間 | 午前・午後　　　　　時　　　分　から  午前・午後　　　　　時　　　分　まで |
| 派遣場所 | 名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　市・町） | |
| 待合わせ場所 |  | |
| 内　容 | （手話通訳や要約筆記の内容や必要な理由など、具体的に書いてください。） | |
| その他 | （意思疎通支援者に対する要望など、何でも書いてください。） | |

* 原則、この様式で事前に申請してください。（ただし、緊急又はやむを得ない事由のある場合は、事後の提出を認めます。）