

年 月 日

意思疎通支援事業サービス提供者派遣申請書

古河市長 宛て

申請者  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

意思疎通支援事業に基づくサービス提供者の派遣を受けたいので、古河市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。

|           |       |  |        |  |         |            |  |
|-----------|-------|--|--------|--|---------|------------|--|
| 聴覚障害者等    | フリガナ  |  |        |  | 生年月日    | 年 月 日生     |  |
|           | 氏 名   |  |        |  | 申請者との続柄 |            |  |
|           | 居 住 地 |  |        |  | 電話番号    |            |  |
| 身体障害者手帳番号 |       |  | 療育手帳番号 |  |         | 精神保健福祉手帳番号 |  |

(聴覚障害者等とのコミュニケーションを図る必要がある者が申請する場合は、次の欄にのみ記入)

|         |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                      |  |  |  |  |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|
| 派遣事由    | ※ 該当するものに○を付けてください。<br>(1) 生命及び健康の維持増進に関する活動を行う場合<br>(2) 財産、労働等に関する権利義務を行使する場合<br>(3) 官公庁、裁判所、警察、公共職業安定所、学校等公的機関と連絡調整を図る場合<br>(4) 社会参加を促進する学習活動等を行う場合<br>(5) 冠婚葬祭等地域生活及び家庭生活に関する活動を行う場合<br>(6) その他の場合<br>( 具体的に記入してください。 ) |                                                                       |                                      |  |  |  |  |
|         | 派遣希望期日                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       | 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分から<br>午前・午後 時 分まで |  |  |  |  |
| 派遣希望場所  |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                      |  |  |  |  |
| サービスの種別 |                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 手話通訳者派遣事業 <input type="checkbox"/> 要約筆記者派遣事業 |                                      |  |  |  |  |