様式第５号（第２２条関係）

情報保障（手話通訳・要約筆記等）派遣申請書

年　　月　　日

美濃加茂市福祉事務所長　宛

申　請　者	住所
	氏名
連絡先 （電話・ＦＡＸ等）	

下記のとおり、意思疎通支援事業の申請をします。

日　時	年　　月　　日（　）　時　分　～　時　分
派遣場所 住所・連絡先	
情報保障種類	□手話通訳者　　□要約筆記者　{ □ノートテイク　□ ＯＨＰ・ＯＨＣ
希望する 通訳氏名	※通訳者の都合により希望に添えない場合もあります。
用　件	待ち合わせ時間（　：　）　場所（　　）
身体障害者 手帳番号	（　）県　第（　　）号（　）級
備　考	

※上記必要事項を記入の上、下記まで送付してください。

〒５０５－８６０６　美濃加茂市太田町３４３１－１　美濃加茂市福祉事務所

ＴＥＬ：０５７４－２５－２１１１（内線３１６）

ＦＡＸ：０５７４－２５－３８７８