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