

丹波市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

丹 波 市 長 様

住 所 丹波市 町
 (申請者) 氏 名
 FAX・電話 ()
 メールアドレス

丹波市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第12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。

派 遣 区 分 (いずれかに○)	手話通訳 ・ 遠隔手話通訳（手話通訳者の現地への派遣が困難な場合）	
	要約筆記（パソコン・手書き）	
通 訳 内 容		
理 由 ※遠隔手話通訳の場合は、病状などを詳しくご記入ください。	〈例〉感染症疑い（発熱〇〇℃、体がだるい、息苦しい、味覚や嗅覚がわかりにくい 等）	
派 遣 希 望 人 数	() 名 ※最小派遣希望人数を記入してください。	
派 遣 対 象 者	(いずれかに○) 申請者に同じ・申請者以外（対象者氏名)	
派 遣 希 望 日 時	年 月 日 ()	
	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分	
派 遣 場 所	名 称	
	住 所	
	連 絡 先 電 話 番 号	
待 ち 合 わ せ 時 間 ・ 場 所	時 間	午前・午後 時 分
		※通訳開始 10 分前 ※初診・打ち合わせ・確認などが必要な場合は 20 分前
	場 所	
そ の 他		

(注) 派遣を希望する日の **7 日前**までに、派遣申請書を提出してください。

＜連絡先＞ 丹波市福祉部障がい福祉課
 TEL 88-5262 ・ Fax 88-5283