様式第１号(第４条関係)

岩沼市意思疎通支援事業利用申請書

岩沼市福祉事務所長　殿

年　　月　　日

申請者

住所

氏名

電話（　　　　　　　　　）

（対象者との続柄:　　　）

　次のとおり岩沼市意思疎通支援事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 電話番号又はＦＡＸ番号 |
| 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　号 | 年　　月　　日交付 |
| 障害名 |  | 障害等級 | 級 |
| 希望する支援 | □手話通訳者　　　・　　　□要約筆記奉仕員 |
| 派遣希望日 | 年　　　月　　　日（　　　曜日） |
| 派遣希望時間 | 午前・午後　　時　　分　　から　　午前・午後　　時　　分　まで |
| 派遣場所 | 住所：名称： |
| 内容 |  |
| 待ち合わせ場所 |  |
| 当日の目印 |  |
| 備考 | □ノートテイク　・　□ＯＨＰ　／　通訳者の名札　□可　・　□不可 |