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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

(対象者との続柄：　　　)

　下記によ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 | |  | | | | | | |
| 待合せ場所 | |  | | | | | | |
| 当日の目印 | |  | | | | | | |
| 備考 | | □ノートテイク　・　□ＯＨＰ　／　通訳者の名札　□可　・　□不可 | | | | | | |

**派遣希望日の２週間前までに申請ください。**

**通訳者を指名することはできません。**

**送信する前に記入漏れがないかもう一度確認してください。**

**申請先：岩沼市社会福祉課　FAX０２２３－２２－０４０６**