

柴田町手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

柴田町長 様

居住地
(所在地)
申請者 氏名
(名称)
電話番号 ー
F A X ー

柴田町意思疎通支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

記

派遣対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 柴田町		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	身体障害者 手帳番号	第 県・市 号
日時	年 月 日 () 午前 時 分から 午前 時 分まで 午後 時 分			
派遣先				
派遣先住所				
派遣内容				
待ち合わせ 時間	午前 時 分 午後 時 分	待ち合わせ 場所	<input type="checkbox"/> 現地（派遣先）	
理由	1 1人暮らし又は聴覚障害者等のみの世帯のため、付き添う者がいない。 2 家族の都合が悪いため 3 その他 ()			
備考				