

様式第1号(第6条関係)

障害者等コミュニケーション支援事業利用申請書

年 月 日

亘理町長 殿

申請者 住所

氏名 (印)

利用者との続柄()

電話・FAX番号()

障害者等コミュニケーション支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)			
	電話・EAX番号	電話() ・ FAX()			
	身体障害者手帳	手帳番号		交付年月日	年 月 日
障害等級					
障害名					
派遣希望通訳者	・手話通訳者 ・要約筆記奉仕員				
派遣希望日時及び場所	日 時	年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分まで			
	場 所				
待ち合わせ時間	午前・午後 時 分	待ち合わせ場所			
通 訳 の 内 容					
備 考					