

様式第1号（第5条関係）

手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

蔵王町長

殿

居住地

申請者 氏 名

電話番号 ()

FAX番号 ()

蔵王町意思疎通支援事業実施要綱第5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

| | | | |
|------------|--|----------------|----------------|
| 身体障害者手帳番号 | 第 号 | | |
| 日 時 | 年 月 日 () | 午前 時 分から 午後 | 午前 時 分まで 午後 |
| 派遣先 | | 派遣先 住 所 | |
| 派 遣 内 容 | | | |
| 理 由 | 1 1人暮らし又は聴覚障害者（児）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 | | | |