

あわら市長 様

意思疎通支援者派遣申請書

ふりがな

申請者氏名 (代理人氏名)

住 所

連絡先 [TEL] [FAX]

身体障害者手帳〔手帳番号〕第 号〔等級〕 種 級

派遣希望日時 年 月 日(曜日)

午前・午後 時 分～午前・午後 時 分

派遣先 行先 [TEL]

(待ち合わせ場所) 意思疎通支援者を要する区間

派遣内容	手話通訳 ・ 要約筆記
※ 該当するものに○を付けてください。	ア 生命及び健康の維持増進に関すること イ 官公庁等の公的機関と連絡調整を図ること ウ 学校等における教育・保育に関すること エ 地域活動に関すること オ 財産、労働等権利義務、人権の保護に関すること カ その他市長が特に必要と認めること
	※ ○を付けた項目の具体的な内容 _____ _____ _____

※ 注意

意思疎通支援者は、原則あわら市に登録された意思疎通支援者名簿の中から派遣されます。