

年 月 日

永平寺町長 様

### 意思疎通支援者派遣申請書

ふりがな

本人氏名

(代理人氏名)

生年月日

年 月 日 ( 才)

居住地

連絡先

[TEL]

[FAX]

身体障害者手帳 [手帳番号] 第

号

[等級]

種

級

派遣日時

年 月 日 ( 曜日)

午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分

派遣先

行先

[TEL]

(待合せ場所) 意思疎通支援者を要する区間:

|                     |            |                         |
|---------------------|------------|-------------------------|
| 派遣内容                | 医療機関への付き添い | 初診・通院・検査・投薬・出産・健康診断・その他 |
| (該当するものに○を付けてください。) | 官公庁への付き添い  | 個人資料等の請求・各種手続き・その他      |
|                     | 学校等への付き添い  | 授業参観・三者面談・発表会・入学卒業式・その他 |
|                     | 地域行事への参加   | 職場・家庭・地域・近隣の話し合い・その他    |
|                     | 人権に関する通訳   | 証言・取り調べ・陳述・届出・その他       |
|                     | 職業に関する通訳   | 就職・転職・条件等の話し合い・その他      |
|                     | その他        |                         |

(具体的に記載して下さい。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 注意

意思疎通支援者は、永平寺町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。

