

様式第 1 1 号 (第 3 6 条関係)

障害者意思疎通支援事業利用申請書

年 月 日

山県市福祉事務所長 様

住所

申請者 氏名

電話・FAX

障害者意思疎通支援事業を利用したいので、山県市障害者地域生活支援事業の実施に関する条例施行規則第 3 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

利用者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所				電話番号 FAX	
	障害区分等	種類 ( ) 級				
保護者氏名						
利用年月日・時間		年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで 待ち合わせ場所 ( 時 分頃)				
利用場所						
利用の理由		( 手話通訳 ・ 要約筆記)				
その他必要事項		派遣を望む人・・・なし・あり (氏名 )				

※申込は原則として事前に提出すること。(参考となるものがあれば添付)

※病気・事故などにより事前に提出できない場合は、事後すみやかに提出すること。