

様式第 1 号（第10条関係）

手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

糸魚川市福祉事務所長 様

糸魚川市地域生活支援事業実施要綱第10条の規定により手話通訳者等の派遣を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	居住地			FAX番号	()
			電話番号	()	
フリガナ		生年月日	年 月 日		
支給申請に係る児童氏名					
		続 柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

手話通訳者等を必要とする理由		
	参加予定人員	人(うち聴覚障害者等の数 人) ※会議、行事等の場合のみ記入してください。
必要とする手話奉仕員数	人	
派遣日時	年 月 日(曜日) 時 分から 時 分まで	
派遣場所		
備 考		

以下、申請者と申請書提出者が異なる場合に記入ください。

申請書提出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏 名			
	居住地	☐ 申請者と同じ		FAX番号 又は 電話番号
通知書等送付先		☐ 申請書提出者（申請者以外を希望する場合は ☒ してください。）		

申請者欄及び申請書提出者欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。