様式第1号(第6条関係)

手話通訳者等派遣申請書

年　　月　　日

　舟橋村長　宛

申請者　住所

氏名

電話番号　　　―

　次のとおり、手話通訳者等派遣の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣希望者名 | 氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日生(　　　　歳) |
| 身体障害者手帳 | 　　　　　第　　　　　　　号(　　　種　　　級)　　　　　障害名 |
| 希望する日時 | 　　　　年　　月　　日　　　　時　　　分から　　　　時　　　分まで　　　　手話通訳必要時間(　　　　)分 |
| 希望する場所 | 舟橋村 |
| 希望する理由 | 社会的理由 | 公共機関の手続きや相談・学校等公的行事への参加・医療機関との会話・福祉事業等の社会参加事業・事故・災害 |
| その他の理由 | 　 |
| 備考 | 　 |