様式第３号（第６条関係）

意思疎通支援事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　（あて先）掛川市長

　　意思疎通支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | フリガナ |  | 生　　年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  | 年　　　月　　　日 | |
| 居 住 地 | 〒  電話番号　ＦＡＸ番号 | | |
| 身体障害者手帳番号 | | （　　）級 | 性　別 |  |
| 派遣区分 | | □ 手話通訳者　　　　□ 要約筆記者 | | |
| 派遣希望日 | | 年　　月　　　日　（　　　曜日） | | |
| 派遣希望時間 | | 午前・午後　　時　　分から午前・午後　　時　　分まで | | |
| 派遣場所 | |  | | |
| 要件 | |  | | |
| あらかじめ伝えておきたい事項 | |  | | |
| 待ち合わせ場所（地図） | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □ 申請者本人　　　 □ 申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |