様式第３号（コミュニケーション支援事業実施要領第４条関係）

記入例

長久手市手話通訳者等派遣申請書兼依頼書

年 **記入不要** 日

（一社）愛知県聴覚障害者

太枠の中のみご記入ください

長久手市福祉事務所長

手話通訳者等派遣について、下記のとおり[illegible]いします。

長久手市福祉事務所長　様　　申請日　令和　〇年　〇〇　月　〇〇日

下記のとおり、手話通訳者等の派遣を申請します。

ふりがな 氏　名	ながくて　ひかる 長久手　光	男・女	生年 月日	昭和〇〇年〇月〇〇日
住　所	長久手市〇〇　〇番地〇			
連絡先	ファクシミリ　０５６１　（　〇〇　）　〇〇〇〇 メールアドレス　△△△△@△△.△△.jp			
派遣日時	令和４年　４月　６日（　水　）	希望 通訳	※どちらかに☑をつけてください ☑手話通訳　□要約筆記	
派遣時間	午前 午後　２時　００分　から	午前 午後　２時　３０分　まで		
派遣場所	例　〇〇病院　※地図等があれば添付してください 〇〇小学校 所在地　〇〇市〇〇　〇番地〇　電話番号　０５６１（　〇〇　）〇〇〇〇			
待ち合わせ 時間	午後　１時　５５分	待ち合わせ 場所	〇〇小学校　正門前	
通訳内容	例（できる限り詳しく）〇〇科で治療を受けるため　※参考資料などがあれば添付してください 娘の個人面談（担任と保護者の２者）			

案内文・通知文など派遣内容がわかるものものもつけてください

↓以降、記入不要（市が記入）

年　　月　　日

様

長久手市福祉事務所長　　印

記入不要

上記の手話通訳者等派遣申請について、下記のとおり（決定・却下）します。

派遣日時等	申請のとおり・変更あり（備考欄参照）	通訳者氏名	
備考（変更内容、却下理由等）			