

様式第1号(第6条関係)

障害者等コミュニケーション支援事業利用申請書

年 月 日

亘理町長

申請者 住所  
氏名 (印)  
利用者との続柄( )  
電話・FAX番号( )

障害者等コミュニケーション支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)			
	電話・EAX番号	電話( ) ・ FAX( )			
	身体障害者手帳	手帳番号		交付年月日	年 月 日
障害等級					
障害名					
派遣希望通訳者	・手話通訳者 ・要約筆記奉仕員				
派遣希望日時及び場所	日 時	年 月 日 時 分から	年 月 日 時 分まで		
	場 所				
待ち合わせ時間	午前・午後 時 分	待ち合わせ場所			
通 訳 の 内 容					
備 考					