**ＦＡＸによる申請送付先：０７４５－４３－８１８６**

意思疎通支援事業利用申請書

年　　月　　日

　葛󠄀城市福祉事務所長　　　　様

 申請者 住所（所在地）

　　　 　　　 　　　　　　　　　　　　　氏名（名称及び代表者氏名） 　　　　　㊞

　次のとおり、意志疎通支援事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所（所在地） | 　 |
| 氏名(名称及び代表者氏名) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 電話 | 　 | ＦＡＸ | 　 |
| ＊個人の場合は以下も記入してください |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　　 | 男・女 |
| ＊身体障害者手帳をお持ちの方は以下も記入してください |
| 身障手帳 | 種　　級 | 障害程度 | 　 |
| 派遣内容 | 日時 | 　　　　年　　月　　日　　　　　時より(　　　　　時間) |
| 場所 | 　 |
| 内容 | 　 |
| 派遣場所での待ち合わせ等 | 日時：　　　　年　　月　　日　　　時　　分（※30分前が基本です）場所：　　　　　　　　　　　相手： |
| 備考 | 　資料（有・無）駐車場（有・無）服装（平服・やや改まって）【要約筆記者派遣の場合：（パソコン・手書き）】 |