**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）】 | | | | |