

近江八幡市コミュニケーション支援事業申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

住 所 近江八幡市 町 番地
氏 名

次のとおり 手話通訳者 要約筆記者 盲ろう者通訳・介助者 の派遣を申請いたします。

フリガナ			性別	男・女
利用者氏名			年齢	歳
利用者住所	〒 —			
	TEL ()	FAX ()		
派遣日時	年 月 日 ()	開始：午前・午後	時 分	
		終了：午前・午後	時 分	
派遣場所	(会場名) (所在地) (TEL)			
行事名等				
通訳内容	※ 該当する項目を○で囲ってください。 1. 福祉年金関係 2. 医療関係 3. 教育関係 4. 警察関係 5. 労働職業関係 6. 行政関係 7. 文化関係 8. 身障団体 9. スポーツ 10. 住宅関係 11. 自治関係 その他・内容 ()			
待ち合せ	①時間 午前・午後 時 分	②場所		
連絡事項	※ 打合せの有無 : 有 ・ 無			

留意事項

- 1 申請先は、「障がい福祉所管課」F a x — とします。
- 2 申請方法は、来所又はF a x若しくは郵送とします。
- 3 申請の受付時間は、午前8時30分から午後5時までとします。
- 4 申請の期限は、個人申請の場合は派遣日の7日前まで、団体申請の場合は派遣日の1月前までとします。緊急の場合等であって事前に申請書の提出ができない場合は、後日この申請書を提出してください。
- 5 派遣日は、市が設置している専任手話通訳者の派遣による場合は、原則として月曜日から金曜日までの平日（祝日を除く。）とします。ただし、緊急の場合その他やむを得ない場合は、この限りではありません。なお、登録の手話通訳者の派遣による場合は、原則として派遣日の制限はありません。