様式第５号（第５条関係）

意思疎通支援事業派遣申込書

　　　　　　年　　月　　日

宍　粟　市　長　　様

申込者　住所

　　　　（団体名）

氏名

（代理人・担当者）

次のとおり、意思疎通支援事業の派遣を受けたいので申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣の種別 | 手話通訳者・要約筆記者 | | | | |
| 派遣対象者  （派遣目的） | 氏　名  （目的） | （　　歳） | | 電話番号 |  |
| 住　所 | 〒 | | ＦＡＸ番号 |  |
| 派遣を  受ける理由 | □市役所　　□病院　　□学校　　□団体派遣  □その他（日常生活に必要な場合） | | | | |
| 派遣日時 | 年　　月　　日（　　）  午前・午後　　　時　　分～　　時　　分 | | | | |
| 派遣場所 | 行き先 |  | | 電話番号 |  |
| 所在地 |  | | ＦＡＸ番号 |  |
| 待ち合わせ場所 | |  | | |
| 待ち合わせ時刻 | | 午前・午後　　　時　　　分 | | |
| 備考 |  | | | | |

※手話通訳者及び要約筆記者の入場料、参加費その他の費用及び待ち合わせ場所からの移動に

要する費用は、手話通訳者及び要約筆記者の派遣を受けた者が負担する。