意思疎通支援事業利用申請書

　年　　月　　日

小野町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 | 小野町大字 |
| 申請者 | 氏名 |  | 印　続柄（　　） |
|  | 電話 |  |

手話通訳　・要約筆記　の利用を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 年　齢 | 　　　歳 | 性　別 | 男・女 |
| 身体状況等 | 身体障害者手帳 | 　種　　　級（障害名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 視力 | 普通　・　弱視 |
| 歩行 | 自力で歩行可　・　一部介助　・　全部介助 |
| 疾病 | 無　・　有（病名：　　　　　　　　　　　）通院・往診 |
| 医療機関名： |
| 電話番号： |
| 希望する内容 | 日時 | 　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 場所 | 自宅・自宅以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 手話通訳・要約筆記を必要とする理由 |  |