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 | |  | | | | |