

記入例

様式第1号(第8条関係)

令和6年4月1日

守谷市長 宛て

居住地 守谷市大柏950番地の1
申請者氏名 守谷 太郎
電話番号 0297 (45) 1111
FAX番号 0297 (45) 6527
メールアドレス

守谷市聴覚障がい者等意思疎通支援事業利用申込書

守谷市聴覚障がい者等意思疎通支援事業実施要綱の規定により申し込みます。

日時	令和6年4月10日(水) 午前 10時00分から 午後 12時00分まで		
派遣種類	手話通訳者	手話奉仕員・要約筆記者・要約筆記奉仕員	派遣人数
派遣先	●●病院	派遣先住所	守谷市大柏●●番地の●
派遣内容	受診のため		
理由	① 1人暮らし又は聴覚障がい者(児)等のみの世帯のため、付き添う者がいない。 2 聴覚障がい者等の介護を行う者の都合が悪いため。 3 公的機関等又は営利を目的としない者が催事を開催するため。 4 その他()		
備考	待ち合わせ時間： 午前9時15分 待ち合わせ場所： ●●病院受付ロビー		