

記載例

様式第1号(第8条関係)

令和3年8月24日

守谷市長 宛て

居住地
申請者 守谷 太郎 印
電話番号 0297(45)1111
FAX番号 0297(45)6527

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第8条第1項の規定により申込みします。

日時	令和3年9月1日(水)	午前 午後	10時30分から	午前 午後	0時30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	人
派遣先	●●病院	派遣先住所	守谷市大柏●番地○		
派遣内容	診察のため				
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	待ち合わせ場所：●●病院受付ロビー 待ち合わせ時間：午前10時15分				