

様式第13号（第27条関係）

意思疎通支援者派遣申請書(個人用)

年 月 日

山陽小野田市長 あて

住所 山陽小野田市

申請者 氏名 印

電話・FAX

意思疎通支援者の派遣について、下記のとおり申請します。

記

フリガナ		性別	男 ・ 女	
対象者氏名		生年 月日	年 月 日	
身体障害者 手帳の番号	山口県 第 号		等 級	級
交 付 日	年 月 日			
障害の内容	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声機能障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害			
通 訳 等 に つ い て	種 類	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記（PC・OHP・OHC・ノートイク）		
	日 時	年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで		
	場 所	(所在地)		
	内 容			
待ち合わせの 場所・時間	場所	時間 年 月 日（ ） 時 分		
そ の 他				