

(第1号様式)

葛飾区手話通訳者派遣申請書

葛飾区長あて

次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者 (利用者)	フリガナ	生年月日
	氏名	年 月 日
	住所	〒 葛飾区 丁目 番 号
	連絡先	— — (FAX・電話番号・電話リレーサービス) 【続柄： 】
身体障害者手帳番号		

* 月間利用上限時間である20時間を超えてのご利用を希望する場合は、その理由・必要とする追加時間数を下記の表に記入してください。

* 要約筆記者派遣と併用する場合も、原則として20時間までのご利用となります。

理由等	
追加申請する 時間数	時間

同意書

手話通訳者派遣申請書に記載されている私の情報を、葛飾区が手話通訳派遣事業を委託する事業者提供することに同意します。

申請者 氏名

葛飾区障害福祉課援護係 FAX 5698-1531 宛てにお送り下さい。