様式第１号（第５条関係）

手話通訳者等派遣サービス利用申請書

令和　年　月　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所　伊達市

氏名

（利用対象者との続柄:　　　　　）

　手話通訳者等派遣サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住　所 | 伊達市 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 電話番号 |  |
| Fax番号 |  |
| 身体障害者手帳番号・等級 | 第　　　号 | 級 |
| 派遣内容 |  |
| 派遣日時 | 　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分から　　時　　分まで |
| 派遣場所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 地図 |
| 備考 | （待ち合わせ場所） |