

様式第 7 号（第11条関係）

十日町市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

十日町市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
F A X

十日町市意思疎通支援事業実施要綱第11条の規定により、下記のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

通 訳 日 時	年 月 日 (曜 日)
	時 分 から 時 分 まで
派 遣 場 所	
派 遣 対 象 の 聴覚障がい者等	参加予定人数 人 (内聴覚障がい者等の数 人)
通 訳 内 容	
必 要 と す る 意思疎通支援数	☐ 手話通訳 人 ☐ 要約筆記 人 ☐ その他 () 人
そ の 他	