

意 思 疎 通 支 援 者 派 遣 申 請 書

年 月 日

(あて先) 五島市長

住 所
氏 名

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

派 遣 要 請 者	住所	
	氏名	
身体障害者手帳番号		
派 遣 希 望 日	年 月 日	
派 遣 希 望 時 間	午前 時 分 から 午前 時 分まで 午後 時 分 から 午後 時 分まで	
所要時間の見込み	時間 分	
派遣を希望する理由		
摘 要		

備考

- 意思疎通支援者の派遣は、次の場合に受けることができます。
 - 各種届出、申請、相談等のために官公庁、学校その他の公的機関に赴く場合
 - 受診又は相談のために医療機関に赴く場合
 - 文化及び教養の向上のために各種の事業又は催しに参加する場合。ただし、政治活動又は営利活動を目的とする場合を除く。
 - 就職活動をする場合
 - その他社会生活上必要な用務を行う場合で、市長が特に必要と認めた場合
- 意思疎通支援者の派遣を受けようとするときは、派遣を希望する日の10日前までに申請を行ってください。ただし、緊急な場合など10日前までに申請ができないことに正当な理由があるときは、この限りではありません。