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 午前 　　　　　時　　分　から　　　　時　　分まで 　午後　　　　　　　　　午後 |
| 所要時間の見込み |  　　　　　　　　　時間　　　分 |
| 派遣を希望する理由 |  |
| 摘　　　　　　　要 |  |

備考

１　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。

(1)　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

(2)　受診又は相談のために医療機関に赴く場合

(3)　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。

(4)　就職活動をする場合

(5)　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

２　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。