

様式第5号（第10条関係）

会津坂下町手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

会津坂下町長 様

居 住 地

申請者 氏 名

電話番号 ()

FAX番号 ()

会津坂下町地域生活支援事業実施規則第10条の規定により、下記のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

記

身体障害者手帳番号	第 号		
日 時	午前 時 分から 午前 時 分まで 年 月 日 () 午後 午後		
派遣先		派遣先 住 所	
派 遣 内 容			
理 由	1 1人暮らし又は聴覚障害者（児）等のみの世帯のため、付き添う者がいない。 2 家族の都合が悪いため 3 その他 ()		
備 考			