

別記様式第1号（第6条関係）

登別市コミュニケーション支援事業利用申請書

年 月 日

登別市福祉事務所長 様

申請者	住 所	
	氏 名	フリガナ
	連絡先	電 話 : メー ル : F A X :
通 訊 日 時	月 日 (曜 日) 時 分 ~ 月 日 (曜 日) 予定通訳等時間 : 時間 分	
通 訊 場 所	住所 : 名称 : 電話 : F A X : (担当者名 :)	
対 象 障 害 者	氏 名 : 居住地 : 電 話 : F A X : メール :	
通 訊 内 容		

注1 「通訳内容」欄には、できるだけ具体的に記載してください。

2 「通訳場所」欄における（担当者名：）には、この申請の内容が分かる者の氏名を記載してください。