

失語症者向け意思疎通支援者派遣  
利用ガイド  
(愛知県版)

一般社団法人 愛知県言語聴覚士会  
社会局 障がい児者活動支援部  
失語症者向け意思疎通支援事業係

2020年6月 作成

# 目次

○ 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業とは…	P. 2
1. 利用者登録	
1－1. 利用者登録をする前に	P. 3
1－2. 利用登録申請方法	P. 3
1－3. 利用決定	P. 3
2. 派遣依頼	
2－1. 派遣依頼方法	P. 4
2－2. 派遣決定	P. 4
3. 派遣までと当日	
3－1. 派遣当日まで	P. 5
3－2. 派遣当日	P. 5
4. 様式	P. 6
○ 利用登録申請書（様式1）	
○ 利用登録通知書（様式2）	
○ 派遣依頼書（様式3）	
○ 派遣決定通知書（様式4）	

※名古屋市在住者の方は、名古屋市版をご覧ください。

## 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業とは・・・

- 失語症により他者とのコミュニケーションが困難な方に、失語症者向け意思疎通支援者を派遣して外出先等での意思疎通支援を行うものです。  
ただし、次のような場合は失語症者向け意思疎通支援者の派遣ができません。
  - (1) 通勤・営業活動等の経済的活動
  - (2) 社会通念上派遣が適当でないと判断されるもの
  - (3) 意思疎通支援以外のことを目的とした活動
  
- 運営主体 一般社団法人愛知県言語聴覚士会（愛知県事業を受託）
  
- 利用対象者は、愛知県（名古屋市除く）在住で「失語症者向け意思疎通支援者派遣事業」の利用登録を行った方です。
  
- 派遣希望日の14日前までに派遣依頼をお願いします。
  
- 利用料は無料です。  
※ただし、待ち合わせ場所から支援終了場所までの間にかかる支援者の交通費等は、派遣利用者でご負担ください。

# 1. 利用者登録

## 1-1. 利用者登録をする前に

事前に以下の身体障害者手帳を取得しておく必要があります。

### ◆「音声・言語・そしゃく機能の障害」の

3級（音声機能・言語機能又はそしゃく機能の喪失） 又は

4級（音声機能・言語機能又はそしゃく機能の著しい障害）

身体障害者手帳の取得については、各地自体によって必要な書類や申請方法が異なる場合があります。詳しくは、お住まいの市町村の障害福祉窓口へお問い合わせ下さい。

## 1-2. 利用登録申請方法

「様式1：失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書」に必要事項を記入し、下記申込先へ提出して下さい。

（申請書は、愛知県言語聴覚士会ホームページからダウンロードするか、愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業係までメールにてお問い合わせ下さい。）

### ◆申込方法と申込先

#### A. メールでのお申込み

一般社団法人 愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業係  
shitugo-ishisotu@aaslht.jp

○メールの表題は「意思疎通支援事業利用登録」として下さい。

※愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業係は事務所を持たない為、お申込みはメールのみとなります。

#### B. 郵送、又は窓口持参でのお申込み

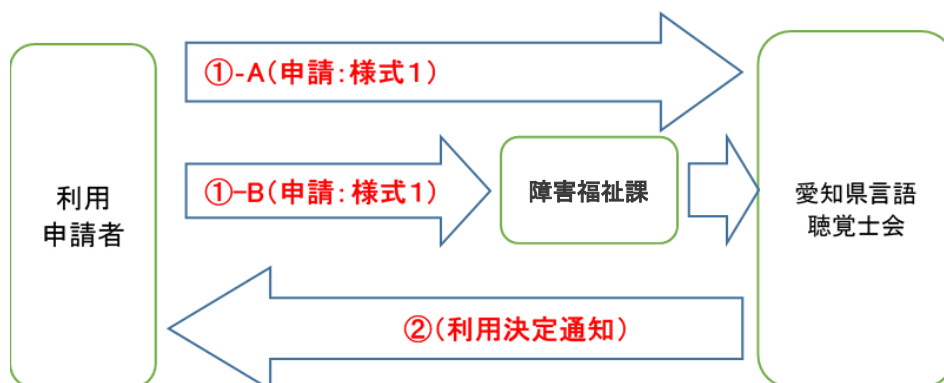
〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号  
愛知県福祉局福祉部障害福祉課 社会参加推進グループ  
失語症者向け意思疎通支援者派遣事業 担当宛

※FAXでも受け付け可能ですが、個人情報に記載した書面のためお勧めしておりません。

## 1-3. 利用決定

利用登録申請書を受取り登録手続きが終了次第、愛知県言語聴覚士会より申込者へ「様式2：失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録通知書」を郵送します。

### 【利用登録の流れ】



- ・①-Aは、メールのみ
- ・①-Bは、郵送又は持参

## 2. 派遣依頼

### 2-1. 派遣依頼方法

希望日の14日前（派遣当日は含まない）までに、「様式3：失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書」に必要事項を記入し、下記方法にてお申し込み下さい。

〔派遣依頼書は、愛知県言語聴覚士会ホームページからダウンロードするか、愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業係までメールにてお問い合わせ下さい。〕

#### ◆申込方法と申込先

##### A. メールでのお申込み

一般社団法人 愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業係  
shitugo-ishisotu@aaslht.jp

○様式3を添付、又は、必要項目をメール本文に記載。

メールの表題は「意思疎通支援者派遣依頼」として下さい。

※愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業係は事務所を持たない為、お申込みはメールのみとなります。

##### B. FAXでのお申込み

愛知県福祉局福祉部障害福祉課 社会参加推進グループ

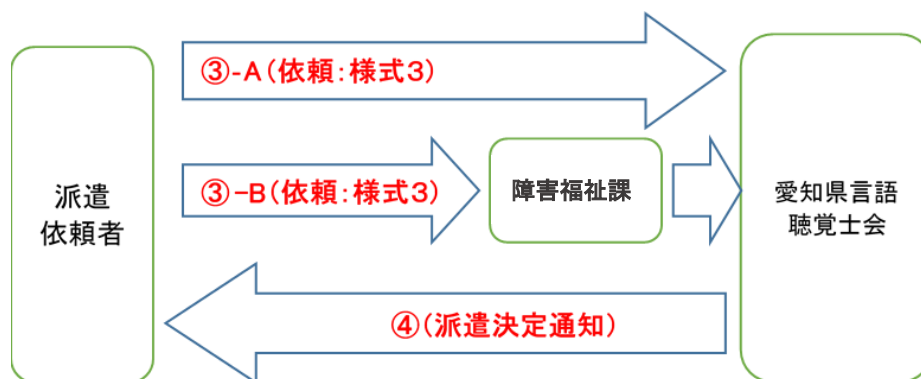
失語症者向け意思疎通支援者派遣事業 担当宛 FAX：052-954-6920

※原則として愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業係へメールで依頼してください。

### 2-2. 派遣決定

派遣依頼書を受理し手続きが終了次第、愛知県言語聴覚士会より申込者へ「様式4：派遣決定通知書」を送付します。

#### 【派遣依頼の流れ】



- ・ ③-A は、メールのみ（原則としてこの方法で依頼する）
- ・ ③-B は、FAX

#### ◆派遣依頼の留意点

- 1) 申し込みが集中した場合など、ご希望の日に失語症者向け意思疎通支援者を派遣できないこともありますのであらかじめご了承ください。

- 2) 次のいずれかに該当するときは、派遣を取り消すことがあります。
- (1) 偽りその他不正な手段で派遣決定を受けたとき。
  - (2) 伝染性疾患があると認められる方で、派遣することが不相当であると認められるとき。
  - (3) その他知事が派遣を不相当と認めたとき。

## 3. 派遣までと当日

---

### 3-1. 派遣当日まで

派遣依頼内容によって、当日までに失語症者向け意思疎通支援者（支援者）と事前の打ち合わせが必要な場合は、派遣依頼者と支援者で直接連絡を取り、行って下さい。

### 3-2. 派遣当日

- 1) 待ち合わせ場所で支援者と合流。依頼した支援内容の意思疎通支援を受けます。
- 2) 当日の支援終了時には、支援者が「失語症者向け意思疎通支援者活動報告書」を提示しますので、記載内容を確認して記名又は押印してください。なお、必要に応じて支援者が代筆します。

※待ち合わせ場所から支援終了場所までの間にかかる支援者の交通費等は、派遣利用者でご負担ください。

#### 問合せ先

一般社団法人愛知県言語聴覚士会

障がい児者活動支援部 失語症意思疎通支援係

shitugo-ishisotu@aaslht.jp

ホームページ:<https://aaslht.jp/>（一般社団法人愛知県言語聴覚士会）

◆様式1：失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書（表面見本）

(様式1)

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書

年 月 日

愛知県知事殿

住所  
申請者  
氏名

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用の（新規登録・変更）を申請します。

利用者の状況	住所	〒			
		TEL・FAX E-mail			
	フリガナ氏名	男 女	年 月 日	生 歳	
	身障手帳	第 号	等級	級	
	コミュニケーションの方法	発信	会話ノート・指さし・ジェスチャー・音声・その他（ ）		
		受信	会話ノート・筆談ボード・音声・その他（ ）		
	主な利用目的及び外出先				
支援を行う上での注意点					
緊急連絡先	氏名	（続柄）			
		TEL			

(裏面有り)

◆様式 1 : 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書 (裏面見本)

<p style="text-align: center;">自 宅 付 近 見 取 図</p> <p style="text-align: right;">N ↑   +   ↓</p> <p style="text-align: center;"><b>見本</b></p>
<p style="text-align: center;">自 宅 へ の 交 通 機 関</p> <p>※ 最寄りの交通機関</p> <p>JR・名鉄・近鉄・地下鉄・名古屋市営バス・その他( )</p> <p>駅 名・バス停名 _____ より</p> <p>徒 歩 _____ 分</p>



◆様式2：失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録通知書（表面・見本）

(様式2)

**失語症者向け意思疎通支援者  
派遣事業利用登録通知書**

年 月 日

様

愛知県知事

年 月 日に申請のありました失語症者向け意思疎通支援者の派遣に  
ついては、次のとおりとしましたので通知します。

見本

1. 派遣対象者氏名

(登録番号 - - )

2. 派遣期間

年 月 日 から

年 月 日 まで

3. 留意事項

裏面のとおりに

(注) 最初の申請と変更がない場合、派遣期間は自動的に1年更新します。

◆様式3：失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書

(様式3)

年 月 日

失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書

愛知県知事様

申請者 住所  
氏名  
TEL・FAX  
E-mail

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

派遣内容	依頼日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	場 所	
	待ち合わせ 場所・時刻	見本
	支援内容	
派遣 対象者	氏名	
	住所	
	連絡先	TEL・FAX E-mail
<p>どちらかに○をつけてください。</p> <p>・希望する意思疎通支援者は _____ です。</p> <p>・意思疎通支援者を探してください。</p>		

◆様式4：派遣決定通知書

(様式4)

**派 遣 決 定 通 知 書**

年 月 日

宛先

様

発信者

下記の失語症者向け意思疎通支援者派遣について

派遣を認めます。

派遣を認めません。

利用者 氏名		支援者 氏名	
派遣日時	年	月	日
		時	分
備考			

見本