

失語症者向け意思疎通支援者派遣  
利用ガイド  
(名古屋市版)

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

## 1. 利用者登録

- 1-1. 利用者登録をする前に . . . . . P. 2
- 1-2. 利用登録申請方法 . . . . . P. 2
- 1-3. 利用登録申請書 . . . . . P. 3
- 1-4. 利用決定 . . . . . P. 5

## 2. 派遣依頼

- 2-1. 派遣依頼方法 . . . . . P. 6
- 2-2. 派遣依頼書 . . . . . P. 7
- 2-3. 派遣決定 . . . . . P. 8

## 3. 派遣までと当日

- 3-1. 派遣当日まで . . . . . P. 9
- 3-2. 派遣当日 . . . . . P. 9

## 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

# 1. 利用登録

## 1-1. 利用者登録をする前に

失語症者向け意思疎通支援者の派遣を希望する方は、事前に身体障害者手帳における「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）を取得しておく必要があります。

身体障害者手帳の取得については、各自治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、お住まいの地域の自治体の障害福祉窓口（区役所福祉課又は支所区民福祉課）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

上記メールアドレスに、記載した様式1を添付し、表題に「意思疎通支援事業利用登録」と記入して下さい。

※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。

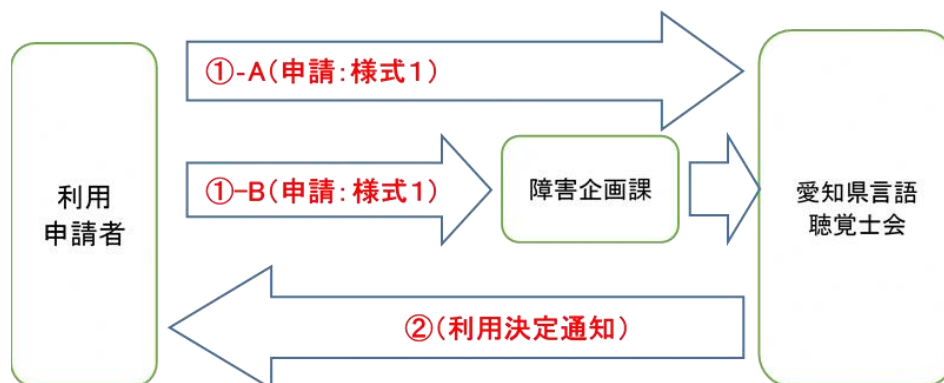
#### B. 郵送、又は窓口持参

〒460-8508 名古屋市中区三の丸3丁目1番1号

名古屋市健康福祉局障害企画課 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業 担当宛

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

### ◆利用登録の流れ



- ・①-Aは、メールのみ
- ・①-Bは、郵送又は持参

1-3. 利用登録申請書

◆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

(宛先) 名古屋市 長

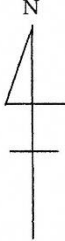
住所  
申請者  
氏名

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用の（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・指差し・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）

自 宅 付 近 見 取 図	
<p>N</p> 	
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 20px; width: 150px; height: 100px; margin: auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">見本</div>	
自 宅 へ の 交 通 機 関	
※ 最寄りの交通機関	
JR・名鉄・近鉄・地下鉄・名古屋市営バス・その他（                                ）	
駅 名・バス停名 _____ より	
徒 歩 _____ 分	

1-4. 利用決定

利用登録申請書を受理し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」を送付します。

◆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

名古屋市 長

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。

## 2. 派遣依頼

### 2-1. 派遣依頼

失語症者向け意思疎通支援者の派遣を希望される場合は、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。

#### ◆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

上記メールアドレスに、記載した様式③を添付（又は、様式3の必要項目がメールに記載されていれば可）し、表題に「意思疎通支援者派遣依頼」と記入して下さい。

※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、又は電話

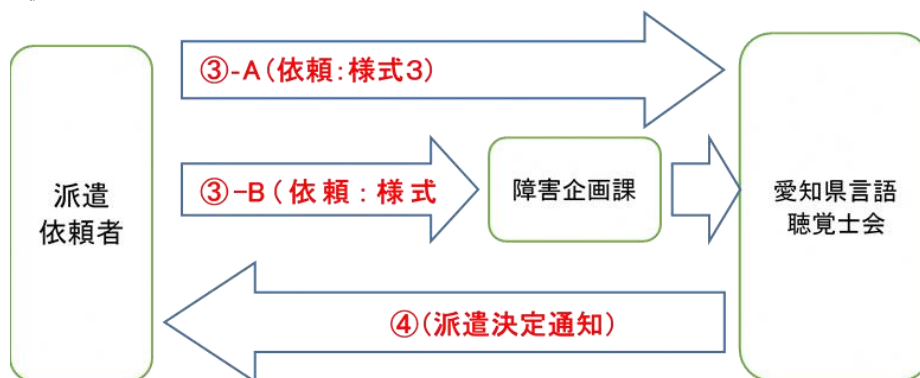
名古屋市健康福祉局障害企画課 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業 担当宛  
FAX：052-951-3999 TEL：052-972-2587

※2回目以降の派遣は、支援内容にかかわらず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する。

#### ◆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、派遣することが不適當であると認められるとき。
  - (3) その他市長が派遣を不適當と認めたとき。

#### ◆派遣依頼の流れ



- ・③-Aは、メールのみ（原則として2回目以降はこの方法で依頼する）
- ・③-Bは、FAX又は電話

2-2. 派遣依頼書

◆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

(宛先)

名古屋市長

住所

申請者

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 内容	依頼日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	場 所	
	待ち合わせ 場所・時刻	
	支援内容	

どちらかに○をつけてください。

・希望する意思疎通支援者は \_\_\_\_\_ です。

・意思疎通支援者を探してください。

(連絡先)



### 2-3. 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：失語症者向け意思疎通支援者派遣決定通知書」を送付します。

#### ◆様式4：失語症者向け意思疎通支援者派遣決定通知書

(様式4)

<b>派 遣 決 定 通 知 書</b>	
年 月 日	
宛先	発行者
様	

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	時 分
備考			

見本

### 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、支援を受ける
- 2) 派遣当日の意思疎通支援終了時には、失語症者向け意思疎通支援者活動報告書の記載内容を確認して記名又は押印してください。なお、必要に応じて失語症者向け意思疎通支援者が代筆します。

作成日：2020年6月31日

作成者：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