

(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

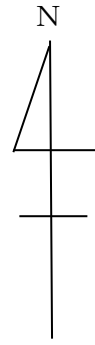
失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用の（新規登録・変更）を申請します。

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*	音声・言語・そしゃく機能障害の等級	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					

* 二つ以上の障害が重複している場合は、個々の等級ではなく総合的に認定された等級を記載。

(裏面有り)

自 宅 付 近 見 取 図



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