（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 |
| 身体障害者手帳 | 第　　　　　　　号 | 等級　　　級＊ | 音声・言語・そしゃく機能障害の等級 | 級 |
| ※身体障害者手帳をお持ちでない方は、医師の診断書等、失語症であることが分かる書類を添付してください。 |
| 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 |

＊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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｎ |
| 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 |