

(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

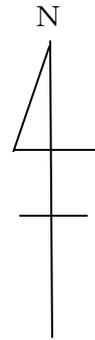
失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用の（新規登録・変更）を申請します。

利用者の状況	住所	〒			
	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
		※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



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