

(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

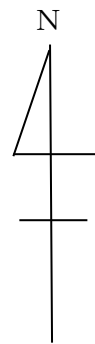
失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用の（新規登録・変更）を申請します。

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 步 _____ 分