

愛知県失語症者向け意思疎通支援事業

# 派遣利用のご案内

派遣利用登録、派遣依頼・利用の方法についてご案内します

- |    |            |            |
|----|------------|------------|
| 1. | 派遣利用登録の方法  | .....P1    |
| 2. | 派遣依頼・利用の方法 | .....P2—P3 |
| 3. | 各種様式       | .....P4—P8 |

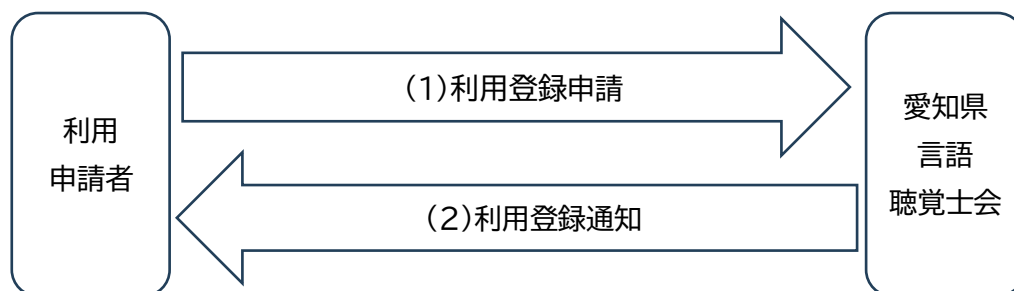
一社）愛知県言語聴覚士会 意思疎通支援者派遣事業担当

2025年5月 23 日

※名古屋市在住の方は、名古屋市版をご覧ください。

# 1. 派遣利用登録の方法

## 【派遣利用登録の流れ】



※派遣を利用するには、事前の派遣利用登録申請が必要です。

## (1) 派遣利用登録の申請

「派遣事業利用登録申請書」(P4、5 様式1)に必要事項を記入し、下記提出先へ送付してください。

### ◆利用条件

愛知県(名古屋市除く)在住で、

身体障害者手帳「音声・言語・咀嚼機能の障害 3級又は4級」の交付を受けた方等、  
失語症と認められる方

※身体障害者手帳をお持ちでない場合は、医師の診断書などで失語症の有無を確認します。

### ◆派遣事業利用登録申請書の提出先

#### A. メールでの申込

aichi.shitugo.ishisotu@gmail.com

愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業担当 宛て  
メール表題:「派遣事業利用登録申請書」

#### B. 郵送、窓口持参での申込

〒467-8622 名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1-2

名古屋市総合リハビリテーションセンター内

なごや高次脳機能障害支援センター 失語症のある方 支援担当：諸岡

※地下鉄名城線 総合リハビリテーションセンター駅下車すぐ

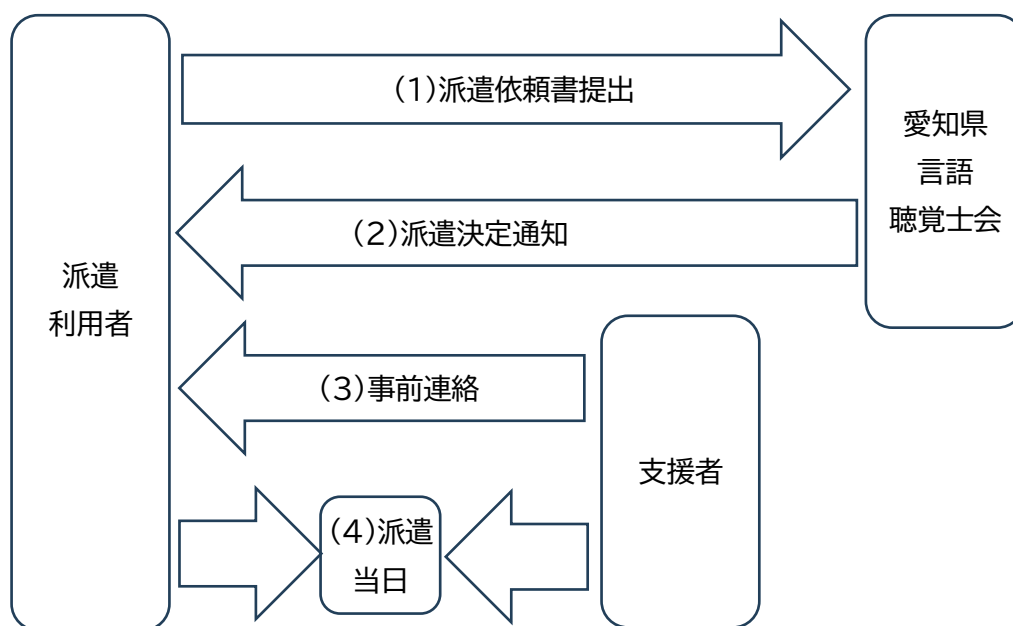
## (2) 利用決定

派遣事業利用登録申請書を受理後、登録手続きが終了次第、愛知県言語聴覚士会より  
「派遣事業利用登録通知書」(P6 様式2)を郵送します。

派遣を利用したい、どうしたらいいだろう…と思ったら、お気軽に P3に記載の相談窓口まで  
ご相談下さい！！

## 2. 派遣依頼・利用の方法

### 【派遣依頼・利用の流れ】



### (1) 派遣依頼書提出

派遣希望日の 14 日(2 週間)前までに、「派遣依頼書」(P7 様式3)に必要事項を記入し、下記提出先へ送付してください。

※派遣依頼についてお困りの方は、P3に記載の相談窓口まで、ご相談下さい。

(派遣依頼の相談、聞き取り、依頼書作成の支援や代行等を行います。)

#### ◆連絡先

- ・派遣事業担当者、支援者より派遣内容について連絡を入れさせていただく場合がありますので、連絡先を記入してください。また、一番とりやすい連絡手段に○印をつけてください。

#### ◆派遣支援者の指名

- ・支援者を指定することも可能です。派遣依頼書に希望する支援者の氏名を記入してください。

#### ◆派遣依頼の留意点

- ・利用料は無料です。(ただし、待ち合わせ場所から支援終了場所までの間にかかる支援者の交通費等は、派遣利用者の負担となります。)
- ・申し込みが集中した場合など、ご希望の日に支援者を派遣できないこともあります。

## ◆派遣依頼書の提出先

### A. メールでの申込

aichi.shitugo.ishisotu@gmail.com

愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業担当(諸岡、山田) 宛て  
メール表題:「派遣依頼」

### B. 郵送、窓口持参での申込

〒467-8622 名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1-2

名古屋市総合リハビリテーションセンター内

なごや高次脳機能障害支援センター 失語症のある方 支援担当 : 諸岡

※地下鉄名城線 総合リハビリテーションセンター駅下車すぐ

## (2) 派遣決定通知

派遣依頼書を受理後、支援内容等を確認して派遣の可否を判断します。

派遣する支援者が決まり次第、愛知県言語聴覚士会より「派遣決定通知書」(P8 様式 4)をメール、または郵送で送付します。

## (3) 事前連絡

必要に応じて、支援者から事前連絡が入りますので、打ち合わせをお願いします。

## (4) 派遣利用当日

待ち合わせ場所で支援者と合流し、依頼した支援内容の意思疎通支援を受けます。

支援終了後、支援者が活動報告書を提示しますので、記載内容(支援内容や支援時間等)を確認し、記名又は押印してください。(必要に応じて、支援者が代筆します)

### 【派遣事業に関する相談窓口】

A. メール aichi.shitugo.ishisotu@gmail.com

愛知県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業担当  
(諸岡、山田) 宛

B. 電話 052-835-3814 (月)~(金)9:00~17:00

なごや高次脳機能障害支援センター 失語症のある方支援担当 : 諸岡

C. 窓口 〒467-8622 名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1-2

名古屋市総合リハビリテーションセンター内

なごや高次脳機能障害支援センター 失語症のある方支援担当 : 諸岡

※地下鉄名城線 総合リハビリテーションセンター駅下車すぐ

電話 : 052-835-3814 (月)~(金)9:00~17:00(電話で事前予約)

※派遣利用登録や派遣依頼についてご不明点、ご質問等がございましたら、お気軽にお問合せください。

様式1(表) 派遣事業利用登録申請書

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

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                 | 〒<br><br>TEL・FAX<br>E-mail                             |                                 |             |                |                       |
|                     | フリガナ<br>氏 名         |                                                        |                                 | 男<br>・<br>女 | 年 月 日生<br>( 歳) |                       |
|                     | 身体障害者<br>手帳         | 第                                                      | 号                               | 等級          | 級*             | 音声・言語・そしゃく<br>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<br>分かる書類を添付してください。 |                                 |             |                |                       |
|                     | コミュニケーション<br>の方法    | 発<br>信                                                 | 会話ノート・指さし・ジェスチャー・音声・<br>その他 ( ) |             |                |                       |
|                     |                     | 受<br>信                                                 | 会話ノート・筆談ボード・音声・<br>その他 ( )      |             |                |                       |
|                     | 主な利用目<br>的及び外出<br>先 |                                                        |                                 |             |                |                       |
| 支援を行う<br>上での<br>注意点 |                     |                                                        |                                 |             |                |                       |
| 緊急連絡先               | 氏名 (続柄 )<br><br>TEL |                                                        |                                 |             |                |                       |

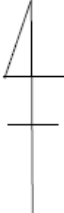
\* 二つ以上の障害が重複している場合は、個々の等級ではなく総合的に認定された等級を記載。  
(裏面有り)

様式1(裏) 派遣事業利用登録申請書

見 本

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

## 様式2 派遣事業利用登録通知書

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

愛 知 県 知 事

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。

#### 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。

### 様式3 派遣依頼書

見本

(様式 3)

年 月 日

## 失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書

愛知県知事様

申請者 住所  
氏名  
TEL・FAX  
E-mail

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 (    )<br>時                  分                  ～                  時                  分 |
|                                                                                | 派遣場所           |                                                                                                         |
|                                                                                | 待ち合わせ<br>場所・時刻 | 場所：□派遣場所と同じ<br><br>時刻：         時         分                                                              |
|                                                                                | 解散<br>場所・時刻    | 場所：□派遣場所と同じ<br><br>時刻：         時         分                                                              |
|                                                                                | 支援内容           |                                                                                                         |
| 派遣<br>対象者                                                                      | 氏名             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                         |
|                                                                                | 住所             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                         |
|                                                                                | 連絡先            | 連絡が一番とりやすい方法に○をつけてください。<br>TEL、SMS :<br>FAX :<br>E-mail :                                               |
| <p>どちらかに○をつけてください。</p> <p>・希望する意思疎通支援者は _____ です。</p> <p>・意思疎通支援者を探してください。</p> |                |                                                                                                         |

様式4 派遣決定通知書

(様式4)

派遣決定通知書

年 月 日

あて先

様

発信者

見本

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 ( )<br>時 分 ~ 時 分 |       |  |
| 備考    |                        |       |  |