

(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

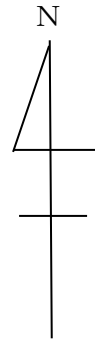
失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用の（新規登録・変更）を申請します。

利用者の状況	住所	〒  TEL・FAX E-mail			
	フリガナ氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)	
	証明書類 (身体障害者手帳等)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（音声・言語・そしゃく機能障害の等級あり）をお持ちの方	⇒身体障害者手帳 第 号 障害等級： 級* 音声・言語・そしゃく機能障害の等級： 級		
		<input type="checkbox"/> 上記以外 ※失語症であることが分かる書類を添付すること	⇒医師の診断書・ その他（ ）		
	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