

様式第 1 号（第 7 条関係）

年 月 日

失語症者登録申請書

小野市長 様

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業を利用するため、小野市失語症者向け意思疎通支援者派遣事業実施要綱第 7 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり登録を申請します。

フリガナ					性別	☐ 男性	
氏名						☐ 女性 ☐ その他	
生年月日	年 月 日 歳						
居住地等	住所	〒					
	電話番号			FAX			
	メールアドレス	@					
緊急連絡先	氏名					続柄	
	住所	〒					
	電話番号			FAX			
家族構成	氏名			続柄	年齢	同居	
					歳		
					歳		
					歳		
					歳		

失語症の診断		☐ 失語症と診断されている ※構音障害など失語症以外の言語障害のみの場合、登録の対象外となります。 ☐ 失語症と診断されていない		
身体障害者福祉手帳の所持状況	☐ 所持している ☐ 所持していない	障害名 ☐ 音声、言語機能の著しい障害 ☐ 肢体不自由	種別 種	等級 級
失語症と診断された病院/施設の名称				
現在の意思疎通の状況と支援の必要性	状況	☐ 日常会話であれば概ね自分の言いたいことが伝えられる ☐ 日常会話において一部自力で伝えられるが、聞き手の誘導や推測が必要 ☐ 自分から話したり書いたりすることが困難		
		理解 ☐ 話し言葉のみでほぼ理解できる ☐ 文字などの補助手段が必要		
	意思疎通の方法	☐ 話し言葉（ゆっくり、短文） ☐ メモと手帳（書字・選択肢の指差し）		
		☐ はい、いいえで答える ☐ 表情・身振り ☐ 写真や絵		
		☐ 会話ノート（必要な事柄の指差し） 具体的に： ☐ その他		
	必要な支援	【話す】 ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要 【読む】 ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要 【聞く】 ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要 【書く】 ☐ 一部必要 ☐ 全面的に必要		
必要な支援内容を具体的にご記入ください				
移動手段		☐ 支え無しで歩ける ☐ 杖を使って歩ける ☐ 車椅子使用		
他制度の利用状況	障害福祉サービス			
	その他			
日常生活の様子				
特記事項	意思疎通支援の際に注意すること等			

（注）添付書類

障害者手帳あるいは医師の診断書、リハビリテーション計画書等の写し