

様式第 4 号（第 9 条関係）

失語症者向け意思疎通支援者
派遣申請書

小野市長 様

失語症者向け意思疎通支援者の派遣を受けたいので、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 9 条第 1 項の規定に基づき、次
のとおり申請します。

（代理申請の場合、必ず申請者に確認のうえ記載してください）

		記入日		年 月 日		
申請者	本人	フリガナ				年齢
		氏名				歳
		住所	〒			
		電話番号		FAX		
	代理人	フリガナ				
		氏名				
		電話番号		FAX		
		関係	☐ 家族	☐ 言語聴覚士	☐ ボランティア	☐ 介護支援専門員
当日の 緊急連絡 先	フリガナ			電話番号		
	氏名			メールアドレス	@	
支援内容の概要	用件	具体的に：				
	日時	日付	年 月 日		曜日	
		時間	☐ 午前 ☐ 午後	時 分	～	☐ 午前 ☐ 午後
	場所	待ち合わせ				
		目的地				
		最寄り駅				
	内容	☐ 失語症友の会など、失語症のある人のために行われる団体活動や催し物への参加				
		☐ 買い物、通院、行政窓口での各種手続き				
		☐ 冠婚葬祭、研修などへの参加				
		☐ その他 具体的に：				
健康上の留意点 （自由記述）						
その他、ご要望など （自由記述）						