

# 手話通訳者派遣申請書

年 月 日

宇治市長 宛て

申請者住所

氏名又は名称

連絡方法（電話）

FAX

聴覚障害者との関係

次のとおり、手話通訳者の派遣を申請します。

派遣日時 (○記入)	年 月 日 午前 午後	時 分	午前 午後	
派遣場所	年 月 日 電話	N + 派遣場所の略図		
聴覚障害者氏名				
行事や会議等の場合	年 月 日			
	受付 時 分 開始 時 分			
	主催者			
通訳依頼内容 (該当に○印)	会議 打合わせ 懇談会 診療 講演会 講座学習会 手続き 相談 その他 ( )			
派遣申請の理由				
希望の手話通訳者 人数・氏名	(人数の希望がなく、誰でもいいなら無記入) 人 希望の通訳者氏名① ② ③			
手話通訳者との 待ち合わせ	待ち合わせ場所 (詳しく)	待ち合わせ時刻 (○記入)	午前 午後 時	
*受付	年 月 日 時 分	意見 1. 府通( )人に依頼したい 2. 通訳職員で対応。( )		
1. 申請書受理、書類受理 2. 口頭連絡				
*決済	年 月 日 適 否	課長	係長 担当	

**\*連絡事項**

1. 集会、会議に関する資料があれば添付下さい。2. 会場消灯がある場合は事前に相談下さい。
3. 申請は原則1週間前までです。急なときは口頭で申請し、後日速やかに申請書を提出下さい。
4. 入場料、拝観料、見学科、資料代等は負担できません。
5. 宇治市が派遣決定の返事や通知した分の、手話通訳者「謝礼金・交通費」は市が負担します。
6. 申請書の提出先 宇治市福祉こども部障害福祉課 (FAX22-7117)

郵送の場合 〒611-8501 宇治市宇治琵琶33 宇治市福祉こども部障害福祉課