別記様式第１号（第７条関係）

|  |
| --- |
| 申請日手話通訳者等派遣申請書令和　　年　　月　　日（宛先）栃木市長次のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。 |
| 　 | （申請者）住所又は所在地 | 栃木市住所、氏名、FAX番号を記入してください | 　 |
| 氏名又は名称及び代表者氏名 | 必要な通訳者の人数を記入してください |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 手話通訳者等の種類・人数 | 手話通訳者　　(　　　人)要約筆記奉仕員(　　　人)希望時間を記入してください（終わりの時間が分からなければ書かなくてもよいです） |
| 派遣日 | 令和 年　　月　　日（　　） |  |  |
| 通訳時間 | 時　　分から時　　分まで |  | 何のために手話通訳者が必要なのか内容を記入してください　例:○○診察、検査、面談、相談、問い合わせなど |
| 通訳を行う内容 | 　 |
| 場所 | 通訳を行う場所 | 通訳する場所、所在地、待ち合わせ場所、時間をそれぞれ記入してください |
| 所在地 | 　 |
| 待ち合わせ場所 |  |
| 待ち合わせ時間 | 　時　　　分 |
| 備考 | 　 |
| 　 |

**栃木市　障がい福祉課　障がい支援係**

**ＦＡＸ：0282-21-2682　 メールアドレス：f-service03@city.tochigi.lg.jp**