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**