

様式第5号（第3条関係）

## 石垣市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

石垣市長 様

下記のとおり、意思疎通支援者（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

利 用 者	フリガナ
	氏 名
住 所	
連 絡 先	F A X 電話
	E-mail
派遣時間	<u>*原則、5時間以内です。</u> 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 予定
派遣場所	
待ち合せ時間	時 分 集合場所
内容及び特記事項	<u>*資料等がある場合は、添付してください。</u>

※申請書は、派遣を希望する日の5日前までに提出してください。

※申請内容に変更が生じた場合、申請を取上げる場合は、速やかに下記担当まで連絡してください。

【申込み先・担当】 石垣市役所 福祉部 障がい福祉課 〒907-8501 石垣市真栄里672番地

F A X兼TEL : 0 9 8 0 - 8 7 - 6 0 1 1 E-mail : syuwa@city.ishigaki.okinawa.jp

緊急用/SMS・TEL : 0 8 0 - 8 3 9 0 - 1 8 5 5 syuwa.ishigaki@softbank.ne.jp

### 【受付時間】

窓口・郵便：開庁日の午前8時30分から午後5時15分

F A X・メール：24時間受信

※時間外や閉庁日に受信等した申請については、直近の開庁日に対応いたします。

**返信欄**

※以下は、記入しないでください。 .....

年 月 日

様

## 意思疎通支援者派遣の決定通知

支援者氏名	※ 調整不可 ・ 却下
《※調整不可・却下の理由等》	