（様式第１号）

佐賀県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書

年　　　月　　　日

住所

申請者

氏名

　失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用の（　新規登録　・　変更　）を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の状況 | 住所 | 〒　　　　－　　　　　TEL・FAX： E-mail：  |
| フリガナ氏　名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 年　　　月　　日生　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 身体障害者手帳 | 第　　　　号　　　　　　等級　　　　　　　級 |
| コミュニケーションの方法 | 発信 | 会話ノート・指さし・ジェスチャー・音声・その他（　） |
| 受信 | 会話ノート・筆談ボード・音声・その他（） |
| 主な利用目的及び外出先 |  |
| 支援を行う上での注意点 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）TEL：　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面有り）

|  |
| --- |
| 自宅付近見取り図 |
| 自宅への交通機関※最寄りの交通機関JR　・　市営バス　・　その他（　　　　　　　　　）駅名・バス停名　　　　　　　より　徒歩　　　　　分 |