

様式第1号 (第9条関係)

常総市障害者コミュニケーション支援事業利用申請書

年 月 日

常総市福祉事務所長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

コミュニケーション支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用の種別	1 手話	2 要約筆記	(いずれかを○で囲んでください。)		
日 時	年 月 日 ( )		午前・午後	時 分	から
			午前・午後	時 分	まで
場 所	名 称 (所在地 _____ )				
利用目的	(利用の目的を詳しく記入してください。)				
待 ち 合 わ せ 場 所 等	待ち合わせ時間	午前・午後	時 分		
	略図又は所在地名				4 +

※希望日の7日前までに申請してください。申請書は、ファクシミリでも受け付けます。

市 処 理 欄	別紙の承認(不承認)書のとおり事業の利用を承認する(不承認とする)。				
	課長	補佐	係長	係	通 知
					委託事業者 済
					申請者 済