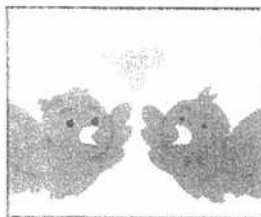


社会福祉法人岡崎市社会福祉協議会
 〒444-0802
 岡崎市美合町五本松 68-12
 生活支援課 障がい係

TEL (0564) 47-8750
 FAX (0564) 47-8753
 [Eメール]
 oka_sha@m3.catvmics.ne.jp



岡崎市 手話通訳者 要約筆記者 派遣事業のご案内

※岡崎市内在住の聴覚障がい者の
コミュニケーションを支援します



りよう もうしこ
 ≪利用の申込み≫

※ 1週間前までに派遣申請書を提出してください。
 (申請書は社協ホームページからダウンロードできます)

※わからないときはメール、FAXで相談してください。

※手話通訳者・要約筆記者には守秘義務があります。

じゅうたく 住宅

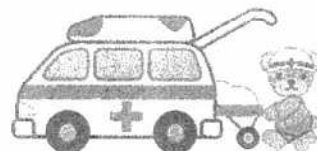
- ☆入転居などに関する話合い
- ☆土地、家屋の購入・修理など

その他

- ☆弁護士への相談
- ☆銀行・生命保険会社など
- ☆市及び市内福祉関係団体の主催する大会、
行事、会議など

いりよう 医療

- ☆診療 ☆入院
- ☆健康診断など



こうてきかん 公的機関

- ☆公的機関へ相談、
申請、手続きなど



しゅうろう 就労

- ☆就職面接など

きょういく 教育

- ☆入学式 ☆卒業式
- ☆総会 ☆授業参観など



ちいきせいかつ 地域生活

- ☆冠婚葬祭
- ☆自治会等会合への参加



しゅうわつうやくしゃ 手話通訳者

厚生労働大臣認定手話通訳士及び手話通訳者全国統一試験合格者が
派遣されます

ようやくひっぎしゃ 要約筆記者

全国統一要約筆記者認定試験合格者及び要約筆記者社員養成講習会
応用課程の修了者が派遣されます

- 費用は岡崎市が負担します。
- わからないことは、メールまたはFAXで確認してください。

手話通訳者派遣申請書

令和 年 月 日

岡崎市社会福祉協議会長

申請者 (ふりがな)

氏 名

TEL

FAX

携帯番号

携帯アドレス

〒

住 所

生年月日 年 月 日 男・女

次のとおり手話通訳者等の派遣を受けたいので申請します。

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------|
| 申請者 | (1) 聴覚障がい者 (手帳所持者) | (2) (1)に準ずる障がい者 | (3) 市及び福祉関係団体が開催する大会及び会議等 |
| 希望日時 | 令和 年 月 日 () | | |
| | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 | | |
| 派遣場所 | TEL FAX | | |
| 待ち合わせ 場所 時間 | 場所 | | |
| | 午前・午後 時 分 | | |
| 内 容 (どのような 内容か具体的 に記入) | | | |
| 希望通訳者等 氏 名 | | | |
| (事務処理欄) | | | |

※ 連絡先 岡崎市社会福祉協議会・障がい係 TEL 0564-47-8750

FAX 0564-47-8753

※ 初めて申請される場合は、身体障がい者手帳を提示してください。