

手話通訳者を派遣します

厚木市では、身体障害者手帳をお持ちで、聴覚、音声、言語に障がいがあり、手話を使われる方に、手話通訳者の派遣を行っています。

* 要件

市内にお住まいの方で、原則神奈川県内での派遣になります。

- 公的機関等へ行くとき。
- 医療機関等へ行くとき。
- 公的機関等が主催し又は後援する講習会、研修会及び会議に出席するとき。 など

※利用時間は、原則午前9時から午後5時までですが、他の時間の場合はご相談ください。

※利用料は、無料ですが、移動に係る交通費や入場料等については利用者負担となります。

※その他の要件についても、お気軽にご相談ください。

* 申込方法

派遣を希望する日の閉庁日を含まない7日前までに、手話通訳者派遣依頼申請書に日時、派遣場所など必要事項を記入し、お申し込み下さい。

※申込期日が過ぎても受け付けますので、ご相談ください。

* 申込先

厚木市福祉部障がい福祉課障がい福祉係

FAX番号 (046) 224-0229

メールアドレス 2100haken@city.atsugi.kanagawa.jp

※裏面の申請書をご利用ください。

必ずしも、申請書でなくてもかまいません。



意思疎通支援者派遣依頼申請書

※手話通訳者の決定までに日数が必要になる場合があります。
手話通訳が必要になったら、**すぐに**申し込んでください。

____月 ____日 (____) (申込の日)

申込み先→ 厚木市 障がい福祉課 FAX 224-0229
メール 2100haken@city.atsugi.kanagawa.jp

| | |
|---|--|
| 申請者（自分の名前） | |
| 住 所（自分の家） | 厚木市 |
| F A X 番 号 | 046— _____ |
| 派遣してほしい日 | ____月 ____日 (____) 午前 _____時 ____分から 午前 _____時 ____分まで 午後 _____時 ____分から 午後 _____時 ____分まで |
| まちあわせ場所 | |
| 依頼目的・要件 （どんな用事か） <input type="checkbox"/> にチェックし、記入してください。 ※会議、説明会、懇談会などの「通知文」があればコピーを提出してください。 手話通訳者の資料とします。 | <input type="checkbox"/> 病院に行きたい。 _____ 病院 _____ 科 <input type="checkbox"/> 予約時間 _____時 ____分 <input type="checkbox"/> 予約なし <input type="checkbox"/> 初めての受診 <input type="checkbox"/> 以前にも受診したことがある <input type="checkbox"/> 会議にでたい。 _____ 会議 <input type="checkbox"/> 講演会に行きたい。 _____ <input type="checkbox"/> 説明会に行きたい。 _____ <input type="checkbox"/> 小中学校の会議（懇談会）にでたい。 <input type="checkbox"/> |
| 希望の手話通訳者 ※希望者がいなければ書かないでかまいません | 第一希望 _____様 第二希望 _____様 |

