様式第９号（第６条関係）

失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書（個人用）

（記入日）　　　年　　月　　日

　一般社団法人

千葉県言語聴覚士会会長　殿

下記のとおり失語症者向け意思疎通支援者の派遣を申請します（代理申請の場合、必ず申請者に確認の上、記載してください）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（本人） | フリガナ氏　　名 |  | 電話番号メール |  |
|  |  |
| 申請代理人 | フリガナ氏　　名 |  | 電話番号メール |  |
|  |  |
| 該当するものに○を付けてください。家族 ・ 言語聴覚士 ・ ボランティア ・ 介護支援専門員その他（　　　　　　　　　　） |
| 当日の緊急連絡先（家族等） | フリガナ氏　　名 |  | 電話番号メール |  |
|  |  |
| 意思疎通支援の概要 | 日　時 | 　　　　年　　月　　日（　　） | 　　　時　　分から |
| 　　　時　　分まで |
| 待ち合わせ時刻 | 　　　　　時　　　分 |
| 場　所 | 待ち合わせ場所 |  |
| 目的地 |  |
| 用　件内　容 | ※該当するものに○を付けてください買い物・通院・趣味活動・集まりや活動への参加・その他（　　　　） |
| 移動手段※該当に○を記入 | 自立歩行　・　杖を使う　・　車椅子使用 |
| その他、ご要望など（自由記述） |  |