

こうとうくちょう どの
江東区長 殿

こうとうくしつごしょうしゃむ い しそつうしえんしゃはけんりようしゃとうろくしんせいしょ
江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録申請書

こうとうくしつごしょうしゃむ い しそつうしえんしゃはけんじぎょう りようしゃ とうろく しんせい
江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用者として登録を申請します。

しんせいしゃ 申請者 ほんにん (本人)	フリガナ		せいねんがっぴ 生年月日	ねん がつ にち 年 月 日
	しめい 氏名			
	じゅうしょ 住所	〒 —		
	でんわばんごう 電話番号		ふあつくす FAX	
	メールアドレス			
	めんだんかのうにちじ 面談可能日時	ようび にち げつ か すい もく きん ど (曜日) 日・月・火・水・木・金・土	じかんたい (時間帯)	じごろ 時頃
しんせいしゃ 申請者 だいにん (代理人)	フリガナ			
	しめい 氏名			
	でんわばんごう 電話番号		ふあつくす FAX	
	メールアドレス			
かんけい 関係	<input type="checkbox"/> かぞく 家族 <input type="checkbox"/> げんごちょうかくし 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> かいごしえんせんもんいん 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()			
きんきゅう 緊急 れんらくさき 連絡先 (必ずご記入 ください。)	フリガナ		でんわばんごう 電話番号	
	しめい 氏名		ふあつくす FAX	
	メールアドレス		つづきから 続柄	

しつごしょう 失語症であ ることの かくにん 確認	<input type="checkbox"/> しつごしょう しんたいしょうがいしゃでちょう げんごきのうしょうがい しよじ 失語症で身体障害者手帳(言語機能障害)を所持している。 →しんたいしょうがいしゃでちょう うつ てんぶ →身体障害者手帳の写しを添付してください。			
	<input type="checkbox"/> しんたいしょうがいしゃでちょう げんごきのうしょうがい しよじ 身体障害者手帳(言語機能障害)は所持していないが失語症と診断されている。 →いし しんだんしよまた こうとうくしつごしょうしゃむ いしそつうしえんしゃはけんしんりようじょうほういきょうしよ べつき →医師の診断書又は江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣診療情報提供書(別記 第1号様式)を添付してください。			
	<input type="checkbox"/> じょうき しよるい ていしゆつ ごんなん かた 上記の書類の提出が困難な方 →たしつごしょう かくにん しよるい てんぶ →その他失語症であることが確認できる書類を添付してください。			

こうとうくしつごしょうしゃむ いしそつうしえんしゃはけんじぎょう りよう あ く きょうりよくげんごちょうかくしおよ いしそつう
江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用に当たり、区、協力言語聴覚士及び意思疎通
しえんしゃほんじぎょう かか かくしゆじょうほう きょうゆう どうい
支援者が本事業に係る各種情報を共有することに同意します。

しんせいしゃしめい
申請者氏名 _____