

別記第1号様式(第8条関係)

山武市コミュニケーション支援事業申請書

(宛先)山武市長

交付番号

申請日

年 月 日

依頼者名	
住所	
連絡先	

手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請します。

年 月 日 ( )

時 分 ~ 時 分

通訳内容

--

待ち合わせ時間・場所

場所 (施設等名称)

(住所)

待ち合わせ時間 時 分

待ち合わせ場所までの交通手段は

電車

バス

行

停留所下車

車

備考

実施主体	山武市社会福祉課障がい福祉係	TEL	0475-80-2614
住所	〒289-1392	FAX	0475-80-2650
	山武市殿台296番地		

通訳料の請求会(上記と違う場合は御記入ください。)

請求宛名	山武市社会福祉課障がい福祉係	担当者	
郵送先			