

常務理事 (施設長)	総務課長	本部事業課長	課 員	担 当

本件、登録台帳の整備をしてよいでしょうか。

盲ろう者登録申請書

神奈川県聴覚障害者総合福祉協会理事長 殿

神奈川県盲ろう者通訳・介助員派遣事業の利用のため、次のとおり登録を申請します。

フリガナ		性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
氏 名					
居住地等	〒				
	電話番号		ファクシミリ番号		
	メールアドレス				
勤務先等	名 称		所 属		
	電話番号		ファクシミリ番号		
	メールアドレス				
緊急連絡先 住所等	〒				
	氏 名		続 柄		
	電話番号		ファクシミリ番号		
情報伝達 方法	手話(触読手話・接近手話)・点字(ブリスト・指点字)・指文字(日本語式、 ローマ字式)・筆記・手のひら書き(ひらがな・カタカナ・漢字混じり) 音声・パソコン・その他()				
備 考	(通訳・介助の際に注意すること等)				

家族構成	氏名		生年月日	職業等	
身体障害者 手帳	視覚障害	障害名	身体障害者等級表による級別		重複 等級
			級		
	聴覚障害	障害名	身体障害者等級表による級別		級
			級		
他制度の 利用状況	(障害福祉サービス)				
	(地域生活支援事業)				
	(その他)				
日常生活の 様子					
特記事項					

処理日