

築上町コミュニケーション支援事業利用申請書  
(遠隔手話用タブレット借入申請書)

年 月 日

築上町長 様

居住地  
申請者 氏 名  
個人番号  
電話番号 ( )  
FAX番号 ( )

築上町コミュニケーション支援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり築上町コミュニケーション支援事業(手話通訳者等の派遣等)を申請します。

記

身体障害者手帳番号	第 号		
日 時	年 月 日 ( ) 午前 時 分から 午前 時 分まで 午後 午後		
派遣先	派遣先 住所		
派遣内容			
理 由			
通訳方法	<input type="checkbox"/> 同行手話通訳		
	<input type="checkbox"/> 遠隔手話通訳 <input type="checkbox"/> 申請者所有のスマートフォンもしくはタブレット <input type="checkbox"/> 町所有のタブレット		
備 考			

遠隔手話通訳用タブレット借用申込受理通知書

上記申請書を受理しました。

タブレット受け渡しは下記の通りです。

日時： 年 月 日 時

場所：築上町 保険福祉課 障がい者支援係

受付印

1. タブレット借入を希望される場合、希望日の5日前までに提出してください。
  2. 既に貸出中の場合は対応できない場合があります。
  3. 貸出期間は最長5日間となります。
  4. コミュニケーション支援利用目的以外でタブレットの使用は出来ませんので、ご注意ください。
  5. 利用目的終了後は、速やかに築上町保険福祉課へ返却して下さい。
  6. 利用者の重大な過失により紛失・故障等が生じた場合、費用を負担していただくことがあります。
- ※感染症の疑いがある場合はこの限りではありません。