

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