

## 徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、障害者基本法（昭和45年法律第84号）第22条第1項及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第78条第1項の規定に基づき、意思疎通を図ることが困難な失語症者とその他の者との意思疎通を支援するために、特に専門性の高い意思疎通支援を行う者を派遣し、円滑なコミュニケーションを図ることにより、失語症者の自立及び社会参加を促進することを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 失語症者 言語機能の障害があり、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者又は医師の診断書等により失語症者であることが確認できる者をいう。
- (2) 意思疎通支援者 失語症者とその他の者との意思疎通を支援するために必要な知識及び技術を有していると県が認める者をいう。

### (実施主体)

第3条 この事業は、県が直接実施するものとする。ただし、この事業の全部又は一部を団体等に委託して実施することができるものとする。

### (派遣対象)

第4条 この事業における意思疎通支援者の派遣は、県内在住の失語症者又は失語症者と意思疎通を図る必要のある県内に活動拠点を置く団体等が、円滑な意思疎通を図る上で支援が必要と認められる場合で、次の各号に掲げる場合に行うものとする。

- (1) 県内の障害者団体等が主催又は共催する広域的な行事（県内全域から失語症者の参加が見込まれる者を原則とし、少なくとも複数の市町村から失語症者の参加が見込まれるものをいう。）
- (2) 市町村派遣事業での対応が困難であると認められるもの又はこの事業での実施が望ましいと判断されるもの
- (3) その他県が特に必要と認める場合

### (派遣の利用登録等)

第5条 この事業を利用しようとする者は、あらかじめ、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録申請書（様式1）に必要な書類を添えて、知事に申請するものとする。

- 2 知事は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、登録が適当と認めるときは、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録決定通知書（様式2）により当該申請者（以下「利用登録者」という。）に通知の上、この事業の利用者として登録するものとする。

- 3 知事は、前項の規定による内容の審査により登録が適当と認められないときは、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録申請却下通知書（様式3）により、当該申請者に通知するものとする。
- 4 第2項の規定により利用登録者として登録された者の登録期間は、当該登録の日から4年を経過する日以後の最初の3月31日までとする。
- 5 第2項の規定により利用登録者として登録された者が登録期間の更新を希望する場合は、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録更新申請書（様式4）に必要な書類を添えて、知事に申請するものとする。
- 6 知事は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、登録が適当と認められるときは、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録決定通知書（様式2）により利用登録者に通知の上、登録期間を更新することができる。この場合において、更新後の登録期間は、更新前の登録期間の末日の翌日から5年間とする。
- 7 知事は、利用登録者が、偽りその他不正の手段で派遣による支援を受けたとき、その他派遣が不相当であると認めるときは、利用登録者の登録を取り消すことができる。
- 8 知事は、前項の規定により利用登録者の登録を取り消した場合は、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録取消通知書（様式5）により、利用登録者に通知する。

（意思疎通支援者の資格要件）

第6条 意思疎通支援者の資格要件は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- （1）県が主催する失語症者向け意思疎通支援者養成研修を修了した者
- （2）前号に掲げる者と同等の失語症者とその他の者の意思疎通を支援するために必要な知識及び技術を有していると県が認める者

（意思疎通支援者の登録等）

第7条 意思疎通支援者として登録を受けようとする者は、徳島県失語症者向け意思疎通支援者登録申請書（様式6）に必要な書類を添えて、知事に申請するものとする。

- 2 知事は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、登録が適当と認めるときは、当該申請者（以下「登録意思疎通支援者」という。）に徳島県失語症者向け意思疎通支援者証（様式7）を交付し、この事業の意思疎通支援者として登録するものとする。
- 3 前項の規定により登録意思疎通支援者の登録期間は、当該登録の日から4年を経過する日以後の最初の3月31日までとする。
- 4 第2項の規定により登録意思疎通支援者が登録期間の更新を希望する場合は、徳島県失語症者向け意思疎通支援者登録更新申請書（様式8）に必要な書類を添えて、知事に申請するものとする。
- 5 知事は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、登録が適当と認められるときは、登録期間を更新し、徳島県失語症者向け意思疎通支援者証（様式7）を交付することができる。この場合において、更新後の登録期間は、更新前の登録期間の末日の翌日から5年間とする。
- 6 知事は、登録意思疎通支援者が意思疎通支援者として不相当であると認めるときは、当該登録意思疎通支援者の登録を取り消すことができる。

7 知事は、前項の規定により登録意思疎通支援者の登録を取り消した場合は、徳島県失語症者向け意思疎通支援者登録取消通知書（様式9）により、登録意思疎通支援者に通知する。

（意思疎通支援者の派遣等）

第8条 利用登録者が意思疎通支援者の派遣を希望するときは、派遣を希望する日の21日前までに、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書（様式10）により、知事に申請するものとする。ただし、特に緊急性があると認められる場合は、電話等の方法により派遣申請ができるものとする。この場合において、利用登録者は事後速やかに所定の手続きを行わなければならない。

2 知事は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、派遣が適当と認めるときは、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣決定通知書（様式11）により当該申請者に通知の上、登録意思疎通申請者の中から適切な者を派遣する。

3 知事は、前項の規定による内容の審査により派遣が適当と認められないときは、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣申請却下通知書（様式12）により、当該申請者に通知するものとする。

4 知事は、前項の規定に基づき派遣する登録意思疎通支援者に対し、徳島県失語症者向け意思疎通支援依頼書（様式13）により依頼するものとする。

（派遣事業の内容）

第9条 派遣事業は、次の各号に掲げるものとし、その内容は必要最小限とする。

（1）派遣対象地域は、原則として県内全域とする。ただし、知事が特に必要があると認める場合はこの限りでない。

（2）派遣時間の対象は、支援依頼書に記載された待ち合わせ場所から支援活動終了場所までの時間とし、派遣される登録意思疎通支援者の自宅から待ち合わせ場所までの時間及び支援活動終了場所から派遣される登録意思疎通支援者の自宅までの時間は除く。

（3）派遣時間の上限は、原則として1日6時間とする。ただし、知事が特に必要があると認める場合はこの限りではない。

（4）派遣人数は、原則として1名とする。ただし、知事が特に必要があると認める場合はこの限りではない。

（利用者の費用負担）

第10条 意思疎通支援者の派遣に係る利用者の費用負担は、原則無料とする。ただし、派遣業務中に生じる意思疎通支援者に係る参加費、施設利用料その他これらに類する費用は利用者の負担とする。

2 意思疎通支援者の自家用車への同乗は認めない。ただし、利用者の身体的理由等によりやむを得ないと県が認めた場合はこの限りでない。この場合において、燃料費及び駐車料金等の実費については、原則として利用者の負担とする。

（意思疎通支援者への謝金等）

第11条 意思疎通支援者への謝金等は、別表に定める基準により算定する。

- 2 第8条3項の規定により派遣された意思疎通支援者は、翌月10日までに、徳島県失語症者向け意思疎通支援者活動報告書（様式14）により知事に活動内容を報告するとともに、旅費については知事に請求するものとする。
- 3 知事は、前項の規定による報告等があったときは、内容を精査し、相当と認めたときは、派遣日の翌月末日までに謝金等を支払うものとする。

（意思疎通支援者の責務）

第12条 意思疎通支援者は、次の事項を遵守しなければならない。

- （1）失語症者等の人権を配慮し、真摯に対応すること。
- （2）派遣業務において知り得た情報を本人の同意を得ないで他人に知らせ、又は不当な目的に使用しないこと。意思疎通支援者の職を退いた後もまた、同様とする。
- （3）派遣業務中は「徳島県失語症者向け意思疎通支援者証」（様式7）を常に携帯し、関係人からの請求があるときは、これを提示すること。

（その他）

第13条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表（第11条関係）

| 項目 | 基準   |                | 金額  |
|----|--|----------------|---|
| 謝金 | 申請者との待ち合わせ場所から支援活動終了時間までとする。別途打合せを行った場合はその時間を加算する。 | 1時間まで          | 2,000円  |
|    |  | 1時間を超えた場合、30分毎 | 1,000円  |
| 旅費 | 出発地から待ち合わせ場所及び支援活動終了場所から帰着地までに要した旅費                |                | 旅費の算定は、「職員の旅費に関する条例（昭和27年3月31日徳島県条例第9号）」の規定を準用する。 |

様式1 (第5条関係)

ねん がつ 日にち

とくしまけん ち じ どの  
徳島県知事 殿

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃ はけんりようしゃ どうろくしんせいしょ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録申請書

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃ はけんじぎょう りようしゃ どうろく しんせい  
徳島県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<br>申請者<br>ほんにん<br>(本人)                                | フリガナ            |  | せいねんがっぴ<br>生年月日 | ねん がつ 日にち |
|  | しめい<br>氏名       |  |                 |           |
|  | じゅうしょ<br>住所     | 〒 ー  |                 |           |
|  | でんわばんごう<br>電話番号 |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |           |
|  | メールアドレス         |  |                 |           |
| しんせいしゃ<br>申請者<br>だいにん<br>(代理人)                               | フリガナ            |  |                 |           |
|  | しめい<br>氏名       |  |                 |           |
|  | でんわばんごう<br>電話番号 |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |           |
|  | メールアドレス         |  |                 |           |
|  | かんけい<br>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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                 |           |
| きんきゅう<br>緊急<br>れんらくさき<br>連絡先<br>かなら きにゅう<br>(必ずご記入<br>ください。) | フリガナ            |  | でんわばんごう<br>電話番号 |           |
|  | しめい<br>氏名       |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |           |
|  | メールアドレス         |  | つづきがら<br>続柄     |           |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| しつごしょう<br>失語症で<br>あること<br>かくにん<br>の確認 | <input type="checkbox"/> しつごしょう しんたいしょうがいしゃてちょう げんごきのうしょうがい しよじ もの<br>失語症で身体障害者手帳(言語機能障害)を所持している者。<br>→しんたいしょうがいしゃてちょう うつ てんぶ<br>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てちょう げんごきのうしょうがい しよじ しつごしょう<br>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であることが<br>かくにん もの<br>確認できる者。<br>→い し しんだんしょまた そうごうじっけいかくしょ てんぶ<br>医師の診断書又はリハビリテーション総合実施計画書を添付してください。 |

※派遣事業の実施に伴い、本登録情報には県及び本事業の受託団体が共有いたします。

※ご記入に当たっては分かる範囲でご記入ください。

様式2 (第5条関係)

だい  
第  
ねん  
年

がつ  
月

ごう  
号  
にち  
日

さま  
様

とくしまけん ち じ  
徳島県知事

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃはけんしやりようしゃとうろくけつていつうちしよ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣者利用者登録決定通知書

ねん がつ にちづけ しんせい とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃはけん  
年 月 日付で申請のありました徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣  
じぎょう りようしゃとうろく つぎ とうろく けつてい つうち  
事業の利用者登録については、次のとおり登録することを決定しましたので、通知します。

|                     |  |                    |  |
|---------------------|--|--------------------|--|
| とう ろく ばん ごう<br>登録番号 |  | とう ろく き かん<br>登録期間 | ねん がつ にち<br>年 月 日 から<br>ねん がつ にち<br>年 月 日 まで |
|---------------------|--|--------------------|--|

様式3 (第5条関係)

だい  
第  
ねん  
年

がつ  
月

ごう  
号  
にち  
日

さま  
様

とくしまけん ち じ  
徳島県知事

とくしまけん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きやつかつうちしよ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録申請却下通知書

ねん がつ にちづけ しんせい とくしまけんしつごしょうしゃむ い し そつうしえんしゃはけん  
年 月 日付で申請のありました徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣  
じぎょう りようしゃとうろく つぎ きやつか けつてい つうち  
事業の利用者登録については、次のとおり却下することを決定しましたので、通知します。

|                 |  |
|-----------------|--|
| きやつかりゆう<br>却下理由 |  |
|-----------------|--|

様式4 (第5条関係)

ねん がつ 日にち

とくしまけん ち じ どの  
徳島県知事 殿

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつう しえんしゃ はけんりようしゃ どうろく こうしん しんせいしょ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録更新申請書

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつう しえんしゃ はけんじぎょう りようしゃ どうろく こうしん しんせい  
徳島県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の更新を申請します。

|  |                 |  |                 |           |
|--|-----------------|--|-----------------|-----------|
| しんせいしゃ<br>申請者<br>ほんにん<br>(本人)                                | フリガナ            |  | せいねんがっぴ<br>生年月日 | ねん がつ 日にち |
|  | しめい<br>氏名       |  |                 |           |
|  | じゅうしょ<br>住所     | 〒 ー  |                 |           |
|  | でんわばんごう<br>電話番号 |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |           |
|  | メールアドレス         |  |                 |           |
| しんせいしゃ<br>申請者<br>だいにん<br>(代理人)                               | フリガナ            |  |                 |           |
|  | しめい<br>氏名       |  |                 |           |
|  | でんわばんごう<br>電話番号 |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |           |
|  | メールアドレス         |  |                 |           |
|  | かんけい<br>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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                 |           |
| きんきゅう<br>緊急<br>れんらくさき<br>連絡先<br>かなら きにゅう<br>(必ずご記入<br>ください。) | フリガナ            |  | でんわばんごう<br>電話番号 |           |
|  | しめい<br>氏名       |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |           |
|  | メールアドレス         |  | つづきがら<br>続柄     |           |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| しつごしょう<br>失語症で<br>あること<br>かくにん<br>の確認 | <input type="checkbox"/> しつごしょう しんたいしょうがいしゃてちょう げんごきのうしょうがい しよじ もの<br>失語症で身体障害者手帳(言語機能障害)を所持している者。<br>→しんたいしょうがいしゃてちょう うつ てんぶ<br>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てちょう げんごきのうしょうがい しよじ しつごしょう<br>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であることが<br>かくにん もの<br>確認できる者。<br>→い し しんだんしょまた そうごうじっしけいかくしょ てんぶ<br>医師の診断書又はリハビリテーション総合実施計画書を添付してください。 |

※派遣事業の実施に伴い、本登録情報には県及び本事業の受託団体が共有いたします。

※ご記入に当たっては分かる範囲でご記入ください。

様式5 (第5条関係)

だい  
第  
ねん  
年

がつ  
月

ごう  
号  
にち  
日

さま  
様

とくしまけん ち じ  
徳島県知事

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃ はけんりようしゃとうろくとりけしつうちしよ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者登録取消通知書

ねん 年      つき 月      にちづけ とうろく 日付で登録した      とくしまけんしつごしょうしゃむけい い し そつうしえんしゃはけんじぎょう  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の  
りようしゃとうろく 利用者登録については、次のとおり登録を取消したので通知します。

|                       |  |
|-----------------------|--|
| とり けし り ゆう<br>取 消 理 由 |  |
|-----------------------|--|

徳島県知事 殿

徳島県失語症者向け意思疎通支援者登録申請書

徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の意思疎通支援者として登録を申請します。

|         |   |     |      |       |      |     |     |                                |
|---------|---|-----|------|-------|------|-----|-----|--------------------------------|
| フリガナ    |   |     | 生年月日 | 年 月 日 |      |     |     |                                |
| 氏名      |   |     |      |       |      |     |     |                                |
| 住所      | 〒 ー   |     |      |       |      |     |     |                                |
| 電話番号    |   |     | 携帯電話 |       |      |     |     |                                |
| メールアドレス |   |     |      |       |      |     |     |                                |
| 支援可能日時  | 日曜日   | 月曜日 | 火曜日  | 水曜日   | 木曜日  | 金曜日 | 土曜日 | 祝日<br><small>(年末年始を含む)</small> |
|         |   |     |      |       |      |     |     |                                |
| 研修受講歴   | <input type="checkbox"/> 徳島県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会 (受講年度: 年度)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |      |       |      |     |     |                                |
| 緊急連絡先   | 〒 ー   |     |      |       |      |     |     |                                |
|         | 氏名  |     | 続柄   |       | 電話番号 |     |     |                                |
|         |   |     |      |       | 携帯電話 |     |     |                                |
| 備考      |   |     |      |       |      |     |     |                                |

|      |  |
|------|--|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 徳島県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会修了証 (写し)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|------|--|

※派遣事業の実施に伴い、本登録情報は県及び本事業の受託団他が共有いたします。

様式 7 (第 7 条関係)

(表面)

|   |         |  |         |               |         |                     |           |
|---|---------|--|---------|---------------|---------|---------------------|-----------|
| だい<br>第   | ごう<br>号 | とくしまけんしつごしょうしゃむ い し そつうしえんしゃしょう<br>徳島県失語症者向け意思疎通支援者証 |         |               |         |                     |           |
| あなたは、とくしまけん において にんてい された しつごしょうしゃむ い し そつうしえんしゃ<br>ことを証 します。 |         |  |         |               |         |                     |           |
| し<br>氏  | めい<br>名 | ねん<br>年  | がつ<br>月 | にちうまれ<br>日生   | ねん<br>年 | がつ<br>月             | にち<br>日まで |
| せいねんがっぴ<br>生年月日   |         | ねん<br>年  | がつ<br>月 | にち<br>日から     |         |                     |           |
| とうろくきかん<br>登録期間   |         | ねん<br>年  | がつ<br>月 | にちはっこう<br>日発行 |         |                     |           |
|   |         |  |         |               |         | とくしまけん ち じ<br>徳島県知事 | 印         |

(裏面)

- ほんしょう とくしまけんしつごしょうしゃむ い し そつうしえんしゃ はけんじぎょうじっしょうこうだい  
1 本証は、徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業実施要綱第  
じょう きてい もと はけんぎょうむちゅう つね けいたい かんけいじん せいきゅう  
8 条の規定に基づく派遣業務中は常に携帯し、関係人からの請求  
があるときは、これを ていじ  
提示しなければならない。
- ほんしょう たにん たいよ また じょうと  
2 本証は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。

徳島県知事 殿

徳島県失語症者向け意思疎通支援者登録更新申請書

徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の意思疎通支援者として登録の更新を申請します。

|         |   |     |      |      |     |     |     |                                |
|---------|---|-----|------|------|-----|-----|-----|--------------------------------|
| フリガナ    |   |     | 生年月日 | 年    | 月   | 日   |     |                                |
| 氏名      |   |     |      |      |     |     |     |                                |
| 住所      | 〒 ー   |     |      |      |     |     |     |                                |
| 電話番号    |   |     | 携帯電話 |      |     |     |     |                                |
| メールアドレス |   |     |      |      |     |     |     |                                |
| 支援可能日時  | 日曜日   | 月曜日 | 火曜日  | 水曜日  | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 祝日<br><small>(年末年始を含む)</small> |
|         |   |     |      |      |     |     |     |                                |
| 研修受講歴   | <input type="checkbox"/> 徳島県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会 (受講年度: 年度)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |      |      |     |     |     |                                |
| 緊急連絡先   | 〒 ー   |     |      |      |     |     |     |                                |
|         | 氏名  |     | 続柄   | 電話番号 |     |     |     |                                |
|         |   |     |      | 携帯電話 |     |     |     |                                |
| 備考      |   |     |      |      |     |     |     |                                |

|      |  |
|------|--|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 徳島県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会修了証 (写し)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|------|--|

※派遣事業の実施に伴い、本登録情報は県及び本事業の受託団他が共有いたします。

様式9（第7条関係）

第 年 月 日  
年 月 日

様

徳島県知事

徳島県失語症者向け意思疎通支援者登録取消通知書

年 月 日付で登録した徳島県失語症者向け意思疎通支援者については、  
次のとおり登録を取消したので通知します。

|      |  |
|------|--|
| 取消理由 |  |
|------|--|

様式10 (第8条関係)

ねん がつ にち  
年 月 日

とくしまけん ち じ どの  
徳島県知事 殿

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃはけんしんせいしょ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃ はけん しんせい ほんじぎょう じゅたくだんたいおよ い し そつう  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者の派遣を申請します。また、本事業の受託団体及び意思疎通  
しえんしゃ こじんじょうほう ていきょう どうい  
支援者への個人情報提供に同意します。

|                                     |  |  |                 |         |                        |                   |
|-------------------------------------|--|--|-----------------|---------|------------------------|-------------------|
| しんせいしゃ<br>申請者<br><br>(本人)           | フリガナ   |  |                 |         |                        |                   |
|                                     | しめい<br>氏名  |  |                 |         |                        |                   |
|                                     | じゅうしょ<br>住所  | 〒 ー  |                 |         |                        |                   |
|                                     | でんわばんごう<br>電話番号  |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |         |                        |                   |
|                                     | メール<br>アドレス  |  |                 |         |                        |                   |
| しんせいしゃ<br>申請者<br><br>(代理人)          | フリガナ   |  |                 |         |                        |                   |
|                                     | しめい<br>氏名  |  |                 |         |                        |                   |
|                                     | でんわばんごう<br>電話番号  |  | けいたいでんわ<br>携帯電話 |         |                        |                   |
|                                     | メール<br>アドレス  |  |                 |         |                        |                   |
|                                     | かんけい<br>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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                 |         |                        |                   |
| どうじつ<br>当日の<br>きんきゆうれんらくさき<br>緊急連絡先 | しめい<br>氏名:   | つづきから<br>続柄 ( )  | でんわ<br>電話 ( )   |         |                        |                   |
| しえん<br>支援の<br>にちじ ばしよ<br>日時・場所      | にちじ<br>日時  | ひづけ<br>日付  | ねん<br>年         | がつ<br>月 | にち<br>日 ( ようび<br>曜日)   |                   |
|                                     |  | かいしじこく<br>開始時刻   | じ<br>時          | ふん<br>分 | しゅうりょうよていじこく<br>終了予定時刻 | じ<br>時<br>ふん<br>分 |
|                                     | ばしよ<br>場所  | まちあわせばしよ<br>待ち合わせ場所  |                 |         |                        |                   |
|                                     |  | もくてきち<br>目的地   |                 |         |                        |                   |
| しえんないよう<br>支援内容                     |  |  |                 |         |                        |                   |
| いどうしゅだん<br>移動手段                     | <input type="checkbox"/> どっぽ ささ な 独歩 (支え無し) <input type="checkbox"/> つえしやう 杖使用 <input type="checkbox"/> くるまいすしやう 車椅子使用 |  |                 |         |                        |                   |
| けんこうじやう<br>健康上の<br>りゆうい てん<br>留意点   |  |  |                 |         |                        |                   |

※ご記入に当たっては分かる範囲でご記入ください。

様式11 (第8条関係)

だい  
第  
ねん  
年

がつ  
月

ごう  
号  
にち  
日

さま  
様

とくしまけん ち じ  
徳島県知事

とくしまけんしつごしょうしゃむ い し そつうしえんしゃはけんけつていつうちしょ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣決定通知書

ねん がつ にちづけ しんせい とくしまけんしつごしょうしゃむ い し そつうしえんしゃ  
年 月 日付で申請のありました徳島県失語症者向け意思疎通支援者の  
はけん つけい つうち  
派遣については、次のとおり派遣することを決定しましたので、通知します。

|                         |  |
|-------------------------|--|
| い し そつうしえんしゃ<br>意思疎通支援者 |  |
| にち じ<br>日 時             | ねん がつ にち ( ようび )<br>年 月 日 ( 曜日 )<br>じ ぶん から じ ぶん まで<br>時 分 から 時 分 まで |
| ば しょ<br>場 所             | ま あ ばしょ<br>待ち合わせ場所   |
|                         | もくてきち<br>目的地   |
| し えん ない よう<br>支 援 内 容   |  |
| び こう<br>備 考             |  |

ほんけつていつうちしょ じゅりょうご しんせいしゃ つごう い し そつうしえんしゃ はけん ふよう  
※本決定通知書を受領後、申請者の都合により意思疎通支援者の派遣が不要となったとき  
は、至急以下の連絡先までご連絡ください。

でんわ  
(電話)

— —

様式12 (第8条関係)

だい  
第  
ねん  
年

が  
つ  
月

ごう  
号  
にち  
日

さま  
様

とくしまけん ち じ  
徳島県知事

とくしまけんしつごしょうしゃ む い し そつうしえんしゃはけんしんせいきやつかつうちしよ  
徳島県失語症者向け意思疎通支援者派遣申請却下通知書

ねん 年      がつ 月      にちづけ 日付で申請のありました      しんせい 徳島県失語症者向け意思疎通支援者の  
はけん 派遣については、      つぎ 次のおり派遣しないことを決定しましたので、      けつてい 通知します。  
はけん 派遣については、      つぎ 次のおり派遣しないことを決定しましたので、      けつてい 通知します。

|                     |   |
|---------------------|---|
| はけんきぼうにちじ<br>派遣希望日時 | ねん 年      がつ 月      にち 日 (      ようび 曜日)<br>じ 時      ぶん 分      から      じ 時      ぶん 分      まで |
| きやつかりゆう<br>却下理由     |   |

第 年 月 日

様

徳島県知事

徳島県失語症者向け意思疎通支援依頼書

次のとおり、失語症者向け意思疎通支援を依頼いたします。

|              |   |            |        |     |   |
|--------------|---|------------|--------|-----|---|
| 利用者          | フリガナ  |            |        |     |   |
|              | 氏名  |            |        |     |   |
|              | 電話番号  |            |        |     |   |
| 当日の<br>緊急連絡先 | 氏名：   | 関係（        | ）      | 電話（ | ） |
| 日 時          | 日 付   | 年 月 日（ 曜日） |        |     |   |
|              | 開始時刻  | 時 分        | 終了予定時刻 | 時 分 |   |
| 場 所          | 待ち合わせ場所   |            |        |     |   |
|              | 目的地   |            |        |     |   |
| 内 容          |   |            |        |     |   |
| 移動手段         | <input type="checkbox"/> 独歩（支え無し） <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 |            |        |     |   |
| 健康上の留意点      |   |            |        |     |   |
| 特記事項         |   |            |        |     |   |

