

# 手話通訳者派遣申込書

要介護認定・要支援認定申請書に記入した申請年月日を記入してください。

令和2年 4月 1日

## 手話通訳者派遣申込書

(宛先) 京都市長

(申込者住所)

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番

(申込者)

京都 次郎

(電話番号)

075-111-0000

申込者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

介護保険の認定調査の実施に当たり、手話通訳者の派遣を申し込みます。

・被保険者の氏名、電話番号、被保険者番号(介護保険被保険者証をご確認ください)を記入してください。  
・申込者と派遣対象者が同じ場合は、「申込者と同じ」のチェックボックスにレ点を入れることで、氏名等の記載を省略することができます。

### 派遣対

氏名

申込者と同じ

京都 太郎

(電話番号)

075-111-0000

被保険者番号

1 0 0 0 1 - 2 3 4 5 6

認定申請日

令和2年 4月 1日

要介護認定・要支援認定申請書に記入した申請年月日を記入してください。

認定調査  
実施予定場所

被保険者資格を有する場所と同一

京都市中京区御池下る西三方堀川町〇〇番

烏丸総合病院

(電話番号)

075-012-3456

備考等

・認定調査を実施する予定の場所を記入してください。  
・申込者住所で認定調査を実施する場合は、「被保険者資格を有する場所と同じ」のチェックボックスにレ点を入れることで、認定調査実施予定場所等の記載を省略することができます。