

## 手話通訳者を派遣します

～派遣申請にあたっての手引き～

### 目的

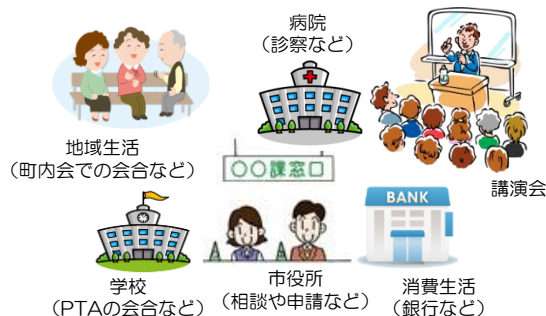
この事業は、聴覚障がい者及び音声・言語機能障がい者及び聴覚障害者とコミュニケーションを図る必要がある方に対して、手話通訳者を派遣することによって、聴覚に障がいのある方の生活をよりよい豊かなものにすることを目的にしています。

### Q&A

質問	回答
どんな人が利用できますか？	対象者は ①聴覚障がい者 ②音声・言語機能障がい者 ③聴覚障がい者等とコミュニケーションを図る必要がある方 です。
申請書はどこに行けばもらえますか？	障害福祉企画課、各福祉事務所の障害者支援課窓口 または下のURLからダウンロードができます。 <a href="https://www.city.shizuoka.lg.jp/documents/2785/000824187.pdf">https://www.city.shizuoka.lg.jp/documents/2785/000824187.pdf</a>
申請方法について教えてください。	「登録手話通訳者等派遣申請書」に必要事項を記入の上、下記の方法で申請してください。 ①FAX（054-221-1494） ②障害福祉企画課、各区障害者支援課窓口に提出 ③電話（054-221-1198）または電話代理支援 <a href="https://www.city.shizuoka.lg.jp/s3278/s012587.html">https://www.city.shizuoka.lg.jp/s3278/s012587.html</a> ④メール（申請日から派遣日まで日数が少ない場合は①②③のいずれかで申請してください。また、初めて申請する方は申請前に一度下記アドレスまでご連絡ください。）
どのような時に派遣できますか？	生命、人権、職業、教育、教養等の日常生活に関することにご利用いただけます。下の例をご覧ください。その他についてもご相談ください。
利用に関して詳しい話をききたいのですが。	下記「問い合わせ先」までご連絡ください

このようなときにご利用いただけます。

例



### 問合せ先

静岡市保健福祉長寿局健康福祉部障害福祉企画課  
地域生活支援係  
TEL 054-221-1198  
FAX 054-221-1494  
MAIL [shougaifukushi@city.shizuoka.lg.jp](mailto:shougaifukushi@city.shizuoka.lg.jp)