

## 介添制度・手話通訳等利用報告書

調査対象者氏名		受給者証番号	
調査日時	年 月 日 午前・午後 時 分から 時 分		
介添人・手話通訳者等氏名			
介添人・手話通訳者等派遣機関 番号に○印 ( )内に名称を記入してください。	<p><b>介添人派遣機関</b></p> <p>1 相談支援事業実施機関 (機関名: )</p> <p>2 ( ) 障がい者会館</p> <p>3 外国籍住民等団体 (団体名: )</p> <p><b>手話通訳者派遣機関</b></p> <p>4 (機関名: )</p> <p><b>通訳・介助者派遣機関</b></p> <p>5 大阪市認定事務センター</p>		
訪問調査員氏名			

提出先

〒557-0024

大阪市西成区出城2-5-20

大阪市認定事務センター

障がい支援区分認定担当