介添制度・手話通訳等利用報告書

調査対象者氏名		受給者番号	
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。	介添人派遣機関 ①　相談支援事業実施機関 （機関名：） TEL　06-6629-2165） ２（　　）障がい者会館 ３　外国語通訳派遣機関 （　　） 手話通訳者派遣機関 ４（機関名：　　） 通訳・介助者派遣機関 ５　大阪市認定事務センター		
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