

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:) 2 () 障害者会館 3 外国籍住民等団体 (団体名:) 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