

年 月 日

記入日

青森市失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書

青森市長 殿

青森市失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用のため、次のとおり登録を申請します。

フリガナ	アオモリ タロウ			性別	☒ 男性	
氏名	青森 太郎				☐ 女性	
居住地等	生年月日	☒ 昭和 20 年 1 月 1 日 ☐ 平成 ☐ 令和 ○ 歳			☐ その他	
	住所	〒 030 - 0861 青森市 長島 ○丁目 ○ー○ ○○アパート ○号室				
	電話番号	090-○○○○-△△△△	FAX	017-△△△-□□□□		
	メールアドレス	taro□□□ @ △△△.co.jp				
緊急連絡先 (1) ※必須	氏名	青森 サクラ			続柄	妻
	住所	〒 - 同上				
	電話番号	090-○○○○-△△△△	FAX	同上		
	メールアドレス	□□ @ △△△.co.jp				
緊急連絡先 (2)	氏名	青森 キク			続柄	娘
	住所	〒 039 - 1101 八戸市 大字尻内町 字○○ ○-○				
	電話番号	090-○○○○-△△△△	FAX	同上		
	メールアドレス	□□ @ △△△.co.jp				
救急医療情報	かかりつけ医	青森県診療所 (電話番号 017-△△△-□□□□)				
	治療中の病気	高血圧症				
	服用中の薬・常備薬	アムロジピン				

支援を利用される方の
名前・住所などを
ご記入ください。

緊急時に連絡して
ほしい方について
ご記入ください。

緊急連絡先(1)に連絡が
つかない場合に連絡して
ほしい方について
ご記入ください。
該当者がいない場合は
記入不要です。

現在の、失語症の症状
以外の病気の状況等に

失語症の診断	☒ 失語症と診断されている ※ 構音障害など失語症以外の言語障害のみ ☐ 失語症と診断されていない ※ の場合、登録の対象外となります。		
身体障害者福祉手帳の所持状況	☒ 所持している ☐ 所持していない	障害種別 ☒ 音声、言語機能の著しい障害 ☐ 肢体不自由	等級 2 種 3 級
現在の意思疎通の状況と支援の必要性	表出状況	☐ 日常会話であれば概ね自分の言いたいことが伝えられる ☒ 日常会話において一部自力で伝えられるが、聞き手の誘導や推測が必要 ☐ 自分から話したり書いたりすることが困難	
	理解	☐ 話し言葉のみでほぼ理解できる ☒ 文字などの補助手段が必要	
	意思疎通の方法	☒ 話し言葉（ゆっくり、短文） ☒ メモと手帳（書字・選択肢の指差し） ☒ はい、いいえで答える ☐ 表情・身振り ☐ 写真や絵 ☐ 会話ノート（必要な事柄の指差し）	
	必要な支援	具体的に： ☒ その他 文字があるとわかりやすい 話すときはゆっくり話してほしい 【話す】 ☒ 一部必要 ☐ 全面的に必要 【読む】 ☒ 一部必要 ☐ 全面的に必要 【聞く】 ☐ 一部必要 ☒ 全面的に必要 【書く】 ☐ 一部必要 ☒ 全面的に必要 必要な支援内容を具体的にご記入ください 紙に書いて説明してほしい 数字はわかりにくい	
移動手段	☐ 支え無しで歩ける ☒ 杖を使って歩ける ☐ 車椅子使用		
他制度の利用状況	障害福祉サービス	使用していない	
	その他	使用していない	
日常生活の様子	・妻と二人暮らし ・家に居ることが多い ・言語リハビリに週1回行っている		
特記事項	意思疎通支援の際に注意すること等 特にありません		

医師の診断、
障害者手帳について
ご記入ください。

現在の、失語症の症状、
移動手段について
ご記入ください。

現在利用されている
福祉サービスが
あればご記入ください。

普段の過ごし方について簡単に

言語症状や健康面など
注意点があれば
ご記入ください。

（注）添付書類

障害者手帳あるいは医師の診断書、リハビリテーション計画書等の写し