

介護通訳派遣依頼書

①基本事項 <基本事項は必ず記入してください>

派遣依頼日時	年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分予定	
派遣場所 (住所)	(住所:)	
集合場所 (住所)	(住所:) * 個人宅に派遣する場合は、原則として、関係機関を集合場所とします。 派遣場所が関係機関の場合は記入不要。	
通訳依頼内容		
本人 (要介護者等) の 状 況	氏名 (性別・年齢)	性別: 男性・女性 年齢: 歳
	住所	
	症状	
	要介護・要支援度	
依頼者以外に通訳の場に同席 する関係機関及び本人・家族等		

②本人・家族等からの依頼用

依頼者	依頼者名 (要介護者等との関係)	(要介護者等との関係)
	住所	
	連絡先	メールアドレス: FAX 番号: 電話番号: 携帯番号:
相手方	関係機関連絡先	機関名 (担当者): メールアドレス: 電話番号: * 関係機関が複数ある場合は代表の機関名を記入してください

③関係機関からの依頼用

依頼者	依頼機関名 (担当者名)	(担当者名)
	住所	
	連絡先	メールアドレス: FAX 番号: 電話番号: 携帯番号:
相手方	本人・家族等の同意 の有無	同意した方: (本人との関係:)

◎ 「①基本事項」は必ずご記入のうえ、「②本人・家族等からの依頼用」または「③関係機関からの依頼用」のいずれかに記入してください。

通訳料振込先: 三菱東京 UFJ 銀行 名古屋港支店 普通 0082963 カイゴジソウレイヤトカイゴノサツタシブロジエクトチーム

* 派遣一回につき 5 千円お振込みください。延長料金があれば加算してください。当月の最終派遣日から金融機関の三営業日以内に当月分をまとめてお振込みください。振込手数料をご負担ください。