

静岡県手話通訳者派遣事業実施要綱新旧対照表（原案）

（傍線の部分は改正部分）

旧	新
<p style="text-align: center;">静岡県手話通訳者派遣事業実施要綱</p> <p>第1 目的</p> <p>この事業は、聴覚障害者及び音声又は言語機能障害者（以下「聴覚障害者等」という。）が、社会の構成員として地域の中で生活が送れるよう、また、自己表現、自己実現、社会参加を通じて生活の向上が図れるよう、<u>手話通訳者を派遣し、意思伝達の手段を確保することにより聴覚障害者等の福祉の増進に資することを目的とする。</u></p>	<p style="text-align: center;">静岡県手話通訳者派遣事業実施要綱</p> <p><u>（目的）</u></p> <p>第1条 この事業は、聴覚障害者が、社会の構成員として地域の中で生活を送れるよう、また、自己表現、自己実現、社会参加を通じて生活の向上が図れるよう、<u>障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第77条第2項の規定に基づき、コミュニケーション支援事業の一部を静岡県（以下「県」という）において実施し、もって聴覚障害者の福祉の増進に資することを目的とする。</u></p> <p><u>（用語の定義）</u></p> <p>第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。</p> <p><u>(1) 聴覚障害者 聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者をいう。</u></p> <p><u>(2) 聴覚障害者団体 聴覚障害者をその主たる構成員とし、かつ、非営利活動を目的とした団体のうち、法人又は権利なき社団の形態を有している任意団体をいう。</u></p> <p><u>(3) 手話通訳者 社団法人静岡県聴覚障害者協会が実施する手話通訳者登録試験合格者、又は、これと同程度以上の能力を有すると認められる者で、健康福祉センターの「静岡県手話通訳者派遣事業登録者台帳」に登録されている者。</u></p> <p><u>(4) コミュニケーション支援事業 地域生活支援事業実施要綱（平成18年8月1日付け障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に定める聴覚障害者とその他の者の意思疎通の円滑化を図ることを目的として、市町が実施する手話通訳者等の派遣事業。</u></p>

第2 実施主体

この事業の実施主体は、県とし、本要綱中次の事務を社会福祉法人静岡県身体障害者福祉会（以下「県福祉会」という。）に委託するものとする。

- (1) 第8による手話通訳者派遣手当の支給
- (2) 第6の(3)による障害福祉室長への事業実施状況の報告
- (3) 第9による運営委員会の運営

(実施主体)

第3条 この事業の実施主体は県とする。

2 別途締結する静岡県手話通訳者派遣事業に係る業務委託契約により当該契約の相手先（以下「受託者」という。）に委託する事務は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 第12による手話通訳者派遣手当等の支給
- (2) 第11の(3)による障害福祉室長への事業実施状況の報告
- (3) 第13による運営委員会の運営

(県及び受託者の責務)

第4条 県及び受託者は、この事業を実施するにあたって市町、民生委員、身体障害者相談員及び関係団体等の理解と協力が得られるよう配慮するものとする。

2 県は、手話通訳者の資質向上に配慮するとともに、健康管理に留意するものとする。

(手話通訳者の登録と取消し)

第5条 社団法人静岡県聴覚障害者協会が実施する手話通訳者登録試験合格者、又は、これと同程度以上の能力を有すると認められる者で、手話通訳者派遣事業による派遣要請に応ずることができる者は、社団法人静岡県聴覚障害者協会及び静岡県手話通訳問題研究会からの推薦書を添え、**住所を有する市町を所管する健康福祉センターの長（以下「健康福祉センター所長」という。）**あて「手話通訳者登録申込書」（様式第1号）及び「手話通訳者調書」（以下「調書」という。）（様式第2号）を提出する。

2 前項の提出を受けた健康福祉センター所長は登録者としての適否を審査し、登録者とする場合は「手話通訳者派遣事業登録者台帳」（以下「台帳」という。）（様式第3号）に登載するとともに登録者に対し「身分証明書」（様式第4号）を交付する。

3 手話通訳者は、交付された「身分証明書」を毀損又は紛失・盗難した場合には、直ちに健康福祉センター所長あて「手話通訳者身分証明書毀損・紛失・盗難届兼再交付申請書」（様式5号）を提出しなければならない。

第3 派遣の対象

県は原則として、県内に在住する聴覚障害者等が、概ね次に掲げる場合において、他の情報保障の手法がなく円滑な意思の疎通を図る上で支障があることを認めるときに、予算の範囲内で手話通訳者を派遣する。

- (1) 県内の聴覚障害者団体が主催する行事に参加する場合（別途公的な助成がある場合を除く。）
- (2) その他障害福祉室長又は健康福祉センターの長（以下「健康福祉センター所長」という。）が特に必要と認める場合

4 健康福祉センター所長は、次の各号のいずれかに該当した場合には、手話通訳者の登録を取り消すことができる。この場合には、手話通訳者はすみやかに、身分証明書を返納しなければならない。

- (1) 手話通訳者から、「手話通訳者辞退届」（様式第6号）の提出があった場合。
- (2) 第6条に違反した場合
- (2) その他、派遣要請に応じることができないと健康福祉センター所長が認めた場合。

5 健康福祉センター所長は、台帳に変更があった場合には、その旨を障害福祉室長及び受託者に報告するものとする。

6 手話通訳者は、毎年4月1日の現況を調書により、その年の4月30日までに健康福祉センター所長あて提出するものとする。なお、年度の途中で登録事項に変更があった場合には、変更後の内容を記載した調書を速やかに健康福祉センター所長あて提出するものとする。

（手話通訳者の責務）

第6条 手話通訳者は、この業務を行うにあたっては聴覚障害者等の人格を尊重し、その身上に関する秘密を守り、信条などによって差別的な取扱いをしてはならない。

（派遣の対象）

第7条 県知事は、次に掲げる場合において、聴覚障害者又は聴覚障害者とコミュニケーションを図る必要のある者（以下「事業対象者」）が、他の情報保障の手法がなく円滑な意思の疎通を図る上で支障があることを認めるときに、予算の範囲内で手話通訳者を派遣する。

- (1) 県内の聴覚障害者団体が主催又は共催する広域的な行事（県内全域から聴覚障害者の参加が見込まれるものを原則とし、少なくとも一の市町の範囲かつ、一の障害保健福祉圏域を超える地域から聴覚障害者の参加が見込まれるものをいう。以下同じ）
- (2) その他障害福祉室長が特に必要と認める場合

第4 派遣の申込み

- (1) 聴覚障害者等が手話通訳者の派遣を要請する場合は、「手話通訳者派遣申込書」(様式第1号)を別表に定める健康福祉センター所長あて提出する。
- (2) (1)に拘わらず、全県下を対象とする大会等の広域にわたる用件により、手話通訳者の派遣を必要とするときは、障害福祉室長に「手話通訳者派遣申込書」を提出する。

第5 派遣の決定

県は、手話通訳者の派遣を必要と認めたときは、手話通訳者として登録された者のうちから派遣可能な者を選定し、申込者に対しては「手話通訳者決定通知」(様式第2号)を、派遣する手話通訳者に対しては「手話通訳者派遣依頼書」(様式第3号)により通知する。

第6 報告書の提出

(1) 手話通訳者

手話通訳者は、その活動状況を「手話通訳者活動日誌(報告書)」(様式第4号)に記録し、速やかに健康福祉センター所長に報告する。

(2) 健康福祉センター

健康福祉センター所長は、事業の実施状況を「手話通訳者派遣事業実施状況報告書」(様式第5号)により取りまとめ、翌月の20日までに県福祉会に提出する。

(派遣の申込み)

第8条 **事業対象者**が手話通訳者の派遣を要請する場合は、**あらかじめ**「手話通訳者派遣申込書」(様式第7号)を**障害福祉室長**あて提出する。

(派遣の決定及び却下)

第9条 **障害福祉室長**は、**前条の申請を受けたときは内容を審査し、派遣の可否を決定し、申込者に対して「手話通訳者派遣決定(却下)通知書」(様式第8号)により通知する。**

2 障害福祉室が手話通訳者の派遣を必要と認めたときは、広域的な行事が開催される市町を所管する健康福祉センター所長が、派遣手話通訳者の選定と調整を行ない、障害福祉室長は派遣する手話通訳者に対して「手話通訳者派遣依頼書」(様式第9号)により通知する。

なお、派遣手話通訳者の選定にあたっては、1人の手話通訳者が継続して通訳する時間は、講演会などの場合は30分以内、それ以外の場合は1時間以内となるよう派遣手話通訳者の人数を調整する。おって、待合せの時間から通訳業務を終了するまでの時間(以下「派遣時間」という。)が3時間を超過しないよう留意する。

(申込者の負担)

第10条 **手話通訳者の派遣に係る申込者の費用負担は、無料とする。**

(報告書の提出)

第11条 手話通訳者は、その活動状況を「手話通訳者活動日誌(報告書)」(様式第10号)に記録し、速やかに健康福祉センター所長に報告する。

2 健康福祉センター所長は、事業の実施状況を「手話通訳者派遣事業実施状況報告書」(様式第11号)により取りまとめ、翌月の20日までに受託者**に提出する。**

(3) 県福祉会

県福祉会会長は、(2)により健康福祉センター所長から報告された事業の実施状況を取りまとめ、次により障害福祉室長に報告する。

「手話通訳者派遣事業実施状況報告」(様式第 6 号)

4月1日から9月30日までの活動状況 10月30日までに

10月1日から翌年3月31日までの活動状況 翌年4月30日までに

第7 登録及び辞退等

(1) 社団法人静岡県聴覚障害者協会が実施する手話通訳者登録試験合格者、又は、これと同程度以上の能力を有すると認められる者で、手話通訳者派遣事業による派遣要請に応ずることができる者は、社団法人静岡県聴覚障害者協会又は静岡県手話通訳問題研究会からの推薦書を添え、管轄する健康福祉センター所長あて「手話通訳者登録申込書」(様式第 7 号)及び「手話通訳者調書」(以下「調書」という。)(様式第 8 号)を提出する。

(2) (1)の提出を受けた健康福祉センター所長は登録者としての適否を審査し、登録者とする場合は「手話通訳者派遣事業登録者台帳」(以下「台帳」という。)(様式第 9 号)に登載するとともに登録者に対し「身分証明書」(様式第 10 号)を交付する。

(3) 手話通訳者が、登録を辞退する場合は「手話通訳者辞退届」(様式第 11 号)を健康福祉センター所長に提出するとともに身分証明書を返還しなければならない。

(4) 健康福祉センター所長は、台帳に変更があった場合には、その旨を障害福祉室長及び県福祉会長に報告するものとする。

(5) 手話通訳者は、毎年4月1日の現況を調書により、その年の4月30日までに健康福祉センター所長あて提出するものとする。なお、年度の途中に登録事項に変更があった場合には、変更後の内容を記載した調書を速やかに健康福祉センター所長あて提出するものとする。

3 受託者は、前項により健康福祉センター所長から報告された事業の実施状況を取りまとめ、次により障害福祉室長に報告する。

「手話通訳者派遣事業実施状況報告」(様式第 12 号)

4月1日から9月30日までの活動状況 10月30日までに

10月1日から翌年3月31日までの活動状況 翌年4月30日までに

第8 派遣手当の支給

県福祉会は、各手話通訳者に対し、派遣実績に応じて、次に定める積算方法により派遣手当等を支給する。

- (1) 待合せの時間から通訳業務を終了するまでの時間（以下「派遣時間」という。）に対して1時間当たり3,180円を支払う。
- (2) 1件当たりの派遣時間が1時間に満たない場合、当該派遣の派遣時間については1時間とみなす。
- (3) 22時00分から翌日5時00分までの間に派遣した場合は、派遣手当の5割を割増手当として支払う。
- (4) 活動に要した経費（交通費等）は別途支払う。
- (5) 自宅から派遣先までの移動時間（以下「移動時間」という。）に往復2時間以上を要した場合には、移動時間1時間につき派遣手当の5割を支払うものとする。

第9 運営委員会の設置

県福祉会は、本事業の実施に当り、聴覚障害者、手話通訳者等関係者で構成する運営委員会を設置し、本事業の効果的な推進を図る。

第10 留意事項

- (1) 県及び県福祉会は、この事業を実施するにあたって市町村、民生委員、身体障害者相談員及び関係団体等の理解と協力が得られるよう配慮するものとする。
- (2) 県は、手話通訳者の資質向上に配慮するとともに、健康管理に留意する。
- (3) 県は、手話通訳者の派遣を依頼する際には、1人の手話通訳者が継続して通訳する時間は、原則として1時間以内とするよう留意する。なお、講演会などの場合は30分以内とする。おって、依頼は1件当たり3時間を超過しないよう留意する。
- (4) 手話通訳者は、この業務を行うにあたっては聴覚障害者等の人格を尊重し、その身上に関する秘密を守り、信条などによって差別的な取扱いをしてはならないものとする。
- (5) 本事業の実施に伴う細部については、必要に応じ別に定める。

（派遣手当等の支給）

第12条 **受託者**は、各手話通訳者に対し、派遣実績に応じて、次に定める積算方法により派遣手当等を支給する。

- (1) 派遣時間に対して1時間当たり3,180円を**派遣手当として支給する。**
- (2) 1件当たりの派遣時間が1時間に満たない場合、当該派遣の派遣時間については1時間**とみなして派遣手当を支給する。**
- (3) **派遣時間のうち、午後10時から翌日午前5時（以下「深夜」という。）に該当するものには、深夜1時間につき派遣手当の100分の50を乗じて得た額を割増手当として支給する。**
- (4) **自宅から派遣先までの移動に要した交通費等は静岡県職員の旅費に関する条例（昭和31年条例第48号）の例により得た額を支給する。**
- (5) 自宅から派遣先までの移動時間（以下「移動時間」という。）に往復1時間以上を要した場合には、移動時間1時間につき派遣手当の**100分の50を乗じて得た額に相当する額を支給する。**

（運営委員会の設置）

第13条 **受託者**は、本事業の実施に当り、聴覚障害者、手話通訳者等関係者で構成する運営委員会を設置し、本事業の効果的な推進を図る。

<p>附 則 この改正は、平成 3 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p>附 則 この改正は、平成 10 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p>附 則 1 この改正は、平成 11 年 6 月 29 日から施行し、平成 11 年 4 月 1 日から適用する。 2 この改正前に従前の規定及び様式により取り扱ったものは、改正後の相当の規定及び様式により取り扱ったものとみなす。</p> <p>附 則 1 この改正は、平成 14 年 3 月 27 日から施行し、平成 14 年 4 月 1 日から適用する。 2 この改正前に従前の規定及び様式により取り扱ったものは、改正後の相当の規定及び様式により取り扱ったものとみなす。</p> <p>附 則 この改正は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p>附 則 この改正は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。</p>	<p><u>(委任)</u> <u>第 14 条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施について必要な事項は知事が別に定める。</u></p> <p>附 則 この改正は、平成 3 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p>附 則 この改正は、平成 10 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p>附 則 1 この改正は、平成 11 年 6 月 29 日から施行し、平成 11 年 4 月 1 日から適用する。 2 この改正前に従前の規定及び様式により取り扱ったものは、改正後の相当の規定及び様式により取り扱ったものとみなす。</p> <p>附 則 1 この改正は、平成 14 年 3 月 27 日から施行し、平成 14 年 4 月 1 日から適用する。 2 この改正前に従前の規定及び様式により取り扱ったものは、改正後の相当の規定及び様式により取り扱ったものとみなす。</p> <p>附 則 この改正は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p>附 則 この改正は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p><u>附 則</u> <u>1 この改正は、平成 18 年 10 月 1 日から施行する。</u> <u>2 この改正前に従前の規定及び様式により取り扱ったものは、改正後の相当の規定及び様式により取り扱ったものとみなす。</u></p>
--	---

別表

名称	所管区域
伊豆健康福祉センター	下田市、賀茂郡
東部健康福祉センター	沼津市、熱海市、三島市、富士宮市、伊東市、富士市、御殿場市、裾野市、伊豆市、田方郡、駿東郡、富士郡
志太榛原健康福祉センター	静岡市、島田市、焼津市、藤枝市、庵原郡、志太郡、榛原郡
西部健康福祉センター	浜松市、磐田市、掛川市、袋井市、 <u>天竜市</u> 、 <u>浜北市</u> 、湖西市、御前崎市、 <u>小笠郡</u> 、 <u>周智郡</u> 、 <u>磐田郡</u> 、 <u>浜名郡</u> 、 <u>引佐郡</u>

別表

名称	所管区域
賀茂 健康福祉センター	下田市、賀茂郡
東部健康福祉センター	沼津市、熱海市、三島市、富士宮市、伊東市、富士市、御殿場市、裾野市、伊豆市、 伊豆の国市 、田方郡、駿東郡、富士郡、 庵原郡（富士川町）
中部 健康福祉センター	静岡市、島田市、焼津市、藤枝市、 牧之原市 、庵原郡 （由比町） 、志太郡、榛原郡
西部健康福祉センター	浜松市、磐田市、掛川市、袋井市、湖西市、御前崎市、 菊川市 、周智郡、浜名郡

様式第1号（用紙 日本工業規格 A4 縦型）

手話通訳者派遣申込書

健康福祉センター所長又は障害福祉室長 様

申請日 年 月 日（曜日）

申 込 者	氏名等		
	住所	※ 必ず記入してください。 〒 TEL() - FAX() - 代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先 ()	
派遣年月日		年 月 日（曜日）	
派遣予定時間		時 分 ～ 時 分	
通訳の内容			
通訳場所			
待合わせ時間		時 分	待合わせ場所
聴覚障害者人数		特に団体で申込の時は必ず記入してください。 人	
事前に知らせておく内容			
備考			

- (1) 申込書は、原則として事前に提出すること。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。
- (2) 病気、事故等により急を要するため、直接通訳者に派遣を依頼し、事前に申し出をすることが不可能な場合には、事後速やかに提出すること。
- (3) 団体行事等について申し込む場合には、できるだけ、通訳配置図・資料を添付してください。

様式第1号（用紙 日本工業規格 A 4 縦型）

手話通訳者登録申込書

住所				
氏名			性別	男 女
			生年月日	年 月 日
電話	自宅	() —	勤務先名称	
	勤務先	() —	勤務先住所	
登録理由				
手話通訳者の登録を申込みます。 年 月 日 氏名 印 健康福祉センター所長 様				

様式第2号 (用紙 日本工業規格A4縦型)

手話通訳者派遣決定通知書

平成 年 月 日

様

健康福祉センター所長又は障害福祉室長

平成 年 月 日付で申し込みのあった手話通訳者の派遣について、次のとおり決定したので通知します。

派遣年月日	平成 年 月 日 (曜日)		
派遣予定時間	時 分 ~ 時 分		
通訳の内容			
通訳場所			
待合せ時間	時 分	待合せ場所	
派遣する手話通訳者			
緊急時の連絡先			
備考			

※ 待合せ時間から30分を過ぎてもおこしいただけない時、手話通訳者は帰らせていただく場合がありますのでご承知ください。

様式第2号 (用紙 日本工業規格A4縦型)

手話通訳者調書 (年度)

ふりがな		性別	男 ・ 女					
氏名		生年月日	年 月 日 (才)					
住所	〒	電話	() -					
		FAX	() -					
e-mailアドレス	@ @	携帯	() -					
勤務先名		電話	() -					
		FAX	() -					
勤務先住所	〒	勤務日						
		連絡	可 ・ 不 可					
通訳可能曜日・時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝日
(可能なものに○をつけてください。)	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜
<p>手話通訳者名簿などで公表して良いものに○を付けてください。 ①氏名 ②自宅住所 ③自宅電話番号 ④自宅FAX ⑤携帯電話番号 ⑥e-mailアドレス ⑦勤務先名 ⑧勤務先住所 ⑨勤務先電話番号 ⑩勤務先FAX</p>								
所属手話サークル名								
健康管理講習会受診状況		受診年度 (年度) 検診結果 (A・B1・B2・C・D)・未検診						
その他連絡事項がありましたら、記入してください。								

様式第3号 (用紙 日本工業規格A4縦型)

手話通訳者派遣依頼書

平成 年 月 日

様

健康福祉センター所長又は障害福祉室長

申込者	氏名	
	住所	TEL () - FAX () - (代理人の氏名及び連絡先:)
派遣日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分	
派遣内容		
派遣場所		
待合せ場所		
待合せ時間		
派遣する手話通訳者氏名		
備考		

様式第3号 (用紙 日本工業規格A4横型)

手話通訳者派遣事業登録者台帳

登録健康福祉センター	登録年月日	年月日	整理番号	第 一 号 (登録)	第 一 号 (認定)
氏名	住所	(. . . 変更)	(. . . 変更)	電話 () -	電話 () -
				FAX () -	FAX () -
勤務先名	勤務先住所	(. . . 変更)	(. . . 変更)	携帯 () -	携帯 () -
				e-mail @	e-mail @
連絡先 (昼)	自宅・勤務先・その他 ()	生年月日	年 月 日	サークル名	
備考					

様式第4号（用紙 日本工業規格A4縦型）

手話通訳者活動日誌(報告書)

年 月 日

健康福祉センター所長 様

手話通訳者氏名

活動日	年 月 日 ()		
活動時間※1	時 分 ~ 時 分まで(時間 分)		
実働時間※2	時 分 ~ 時 分まで(時間 分)		
申込者		通訳内容	
通訳場所		対象者	<u>ろうあ者</u> 人 <u>健聴者</u> 人
内容・感想・通訳上の問題点等を記入			
通訳活動に要した経費		備考	

※1 移動時間を含めた通訳活動に要した時間。

※2 事前打合わせ時間を含めた現地での拘束時間。但し、昼食のための休憩時間は除く。(記入は5分単位。)

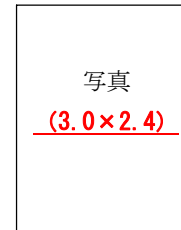
様式第4号（用紙 縦55mm 横91mm）

(表)

身分証明書 (県登録)


第 号

住所
氏名



上記の者は静岡県手話通訳者派遣事業登録者であることを証明する。

平成 年 月 日

健康福祉センター所長 

(裏)

留意事項

- 1 手話通訳者は、通訳業務を行うにあたっては個人の人権を尊重し、その身上に関する秘密はこれを守らなければならない。
- 2 手話通訳者は、身分証明書を毀損し又は紛失盗難した場合には直ちに健康福祉センター所長に届けなければならない。**
- 3 手話通訳者は、登録を辞退する場合は健康福祉センター所長に申し出るとともに身分証明書を返還しなければならない。また、登録事項に変更を生じた場合も同様に届けなければならない。**

様式第6号（用紙 日本工業規格A4縦型）

年 月 日

年度第 回 手話通訳者派遣事業実施状況報告書

障害福祉室長 様

委託先の長

①月別派遣件数

月	件数	時間数		件 数 内 訳		
		時間	分	福祉関係団体主催行事		C その他
				A 聴覚障害者団体	B その他団体	
4				件	件	件
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
1						
2						
3						
計						

②地区別派遣件数

健康福祉センター	伊豆	東部	志太榛原	西部	計
年間派遣件数					
年間派遣時間					

様式第6号（用紙 日本工業規格A4縦型）

手話通訳者辞退届

次の理由により手話通訳者の登録を辞退します。

(理由)

年 月 日

氏名



健康福祉センター所長 様

様式第7号 (用紙 日本工業規格 A 4 縦型)

手話通訳者登録申込書

住所				
氏名			性別	男 女
			生年月日	年 月 日
電話	自宅	() -	勤務先名称	
	勤務先	() -	勤務先住所	
登録理由				

手話通訳者の登録を申込みます。

年 月 日

氏名

健康福祉センター所長 様

㊟

様式第7号 (用紙 日本工業規格 A4 縦型)

手話通訳者派遣申込書

障害福祉室長 様

申請日 年 月 日 (曜日)

申 込 者	氏名等			
	住所	※ 必ず記入してください。 〒 TEL() - FAX() - 代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先 ()		
派遣年月日	年 月 日 (曜日)			
派遣予定時間	時 分 ~ 時 分			
通訳の内容				
通訳場所				
待合わせ時間	時 分	待合わせ場所		
聴覚障害者人数	特に団体で申込の時は必ず記入してください。			人
事前に知らせておく内容				
備考				

(1) 申込書は、原則として事前に提出すること。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。

(2) 団体行事等について申し込む場合には、できるだけ、通訳配置図・資料を添付してください。

様式第8号 (用紙 日本工業規格A4縦型)

手話通訳者調書 (年度)								
ふりがな							男 ・ 女	
氏名								
住所	〒			電話	()		—	
				F A X	()		—	
勤務先名				電話	()		—	
				F A X	()		—	
勤務先住所	〒			勤務日				
				連絡	可 ・ 不		可	
通訳可能曜日・時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝日
(可能なものに○をつけてください。)	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜	午前 午後 夜
配布用しおりに記載して良いものに○を付けてください。 ①氏名 ②自宅住所 ③自宅電話番号 ④自宅FAX番号 ⑤勤務先名 ⑥勤務先住所 ⑦勤務先電話番号 ⑧勤務先FAX番号								
所属手話サークル名								
健康管理講習会受診状況	受診年度 (年度) 検診結果 (A・B1・B2・C・D)・未検診							
その他連絡事項がありましたら、記入してください。								

様式第8号 (用紙 日本工業規格A4縦型)

手話通訳者派遣決定 (却下) 通知書			
		年 月 日	
		様	
		障害福祉室長	
平成 年 月 日付けで申し込みのあった手話通訳者の派遣について、次のとおり決定 (却下) したので通知します。			
派遣年月日	年 月 日 (曜日)		
派遣予定時間	時 分 ~ 時 分		
通訳の内容			
通訳場所			
待合せ時間	時 分	待合せ場所	
派遣する手話通訳者			
緊急時の連絡先			
備考 (却下理由)			

※ 待合せ時間から30分を過ぎてもおこしいただけない時、手話通訳者は帰らせていただく場合がありますのでご承知ください。

様式第9号 (用紙 日本工業規格A4横型)

手話通訳者派遣事業登録者台帳

登録健康福祉センター		登録年月日	年 月 日	整理番号	—
氏名	住所 (. . . 変更)	住 所	(. . . 変更)	() -	FAX () -
				() -	FAX () -
勤務先名 (. . . 変更)	勤務先住所 (. . . 変更)	勤務先住所	(. . . 変更)	() -	FAX () -
				() -	FAX () -
連絡先 (昼)	自宅・勤務先・その他 ()	生年月日	年 月 日	サークル名	
備考					

様式第9号 (用紙 日本工業規格A4縦型)

手話通訳者派遣依頼書

平成 年 月 日

様

障害福祉室長

下記のとおり手話通訳を依頼します。

申込者	氏名	
	住所	TEL () - FAX () - (代理人の氏名及び連絡先：)
派遣日時	年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分	
派遣内容		
派遣場所		
待合せ場所		
待合せ時間		
派遣する手話通訳者氏名		
備考		

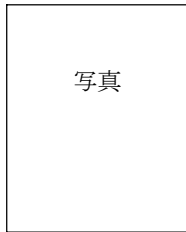
様式第10号 (用紙 縦55mm 横91mm)

(表)

身分証明書

第 号

住所
氏名



上記の者は静岡県手話通訳者派遣事業登録者であることを証明する。

平成 年 月 日

健康福祉センター所長

(裏)

留意事項

- 1 手話通訳者は、通訳業務を行うにあたっては個人の人権を尊重し、その身上に関する秘密はこれを守らなければならない。
- 2 手話通訳者は、登録を辞退する場合は健康福祉センター所長に申し出るとともに身分証明書を返還しなければならない。また、登録事項に変更を生じた場合も同様届けなければならない。

様式第10号 (用紙 日本工業規格A4縦型)

手話通訳者活動日誌(報告書)

年 月 日

健康福祉センター所長 様

手話通訳者氏名

活動日	年 月 日 ()		
活動時間※1	時 分 ~ 時 分まで(時間 分)		
実働時間※2	時 分 ~ 時 分まで(時間 分)		
申込者		通訳内容	
通訳場所		対象者	人 <u>(うち聴覚障害者 人)</u>
内容・感想・通訳上の問題点等を記入			
通訳活動に要した経費		備考	

※1 移動時間を含めた通訳活動に要した時間。

※2 事前打合わせ時間を含めた現地での拘束時間。但し、昼食のための休憩時間は除く。(記入は5分単位。)

様式第 12 号（用紙 日本工業規格 A 4 縦型）

年 月 日

年度第 回 手話通訳者派遣事業実施状況報告書

障害福祉室長 様

受託者の長

①月別派遣件数

月	件数	時間数		件 数 内 訳		
		時間	分	福祉関係団体主催行事		C その他
				A 聴覚障害者団体	B その他団体	
4				件	件	件
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
1						
2						
3						
計						

②地区別派遣件数

健康福祉センター	賀茂	東部	中部	西部	計
年間派遣件数					
年間派遣時間					

--	--