

## 手話通訳派遣依頼申込書(団体派遣)

(あて先) 品川区立心身障害者福祉会館

TEL: 5750-4996

品川区障害者地域活動支援センター「逢」あえる

FAX: 3785-3366

次の通り手話通訳者の派遣を依頼します。

e-mail: sina-haken@s-kaikan.net

団体名(担当課)			担当者名	
連絡先	TEL: _____ 〒 _____ 住所:	FAX: _____ e-mail: _____		
通訳内容	件名: 内容:  打合せ資料: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり(下記に記入) 資料提供時期: _____ 月 _____ 日頃 内容→ <input type="checkbox"/> 事業概要 <input type="checkbox"/> 進行台本 <input type="checkbox"/> 挨拶文等原稿 <input type="checkbox"/> 当日用広報ちらし <input type="checkbox"/> 講演会資料 <input type="checkbox"/> その他 _____ 予想される聴覚障害者の参加人数 ( _____ 名)			
派遣日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	曜日	_____ 時 _____ 分 ~	_____ 時 _____ 分
集合時間・場所	_____ 時 _____ 分に集合 (集合時間から派遣料が発生します)			
派遣場所 (名称・住所等)				
希望通訳者数	※1 _____ 名	通訳者への注意事項 舞台背景色(服装等)		
※2 派遣料	通訳者1名につき _____ 円 <input type="checkbox"/> 交通費込み <input type="checkbox"/> 交通費実費 支払方法 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 経路必要 <input type="checkbox"/> 金額のみ必要 支払に関して必要なもの <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 振込先 <input type="checkbox"/> その他 (支払に関する書類は主催者側でご用意下さい)			
支払者 (申し込み団体と異なる場合)	<input type="checkbox"/> 障害者支援課(上記記載不要)		支払時期 _____ 月 _____ 日頃	
備考	式典等で舞台背景が決まっている場合は、背景色もご連絡下さい。			

※1 実際の通訳者数は通訳内容や時間により判断させていただきます。

※2 手話通訳の派遣料については源泉徴収の対象とはなりません(参照: 所得税基本通達204-6)

※3 オンライン配信等を検討されている場合はお早めに連絡をお願い致します。

※手話通訳利用に関する調査書(別シート)を記入の上、合せてご提出ください。派遣終了後10日以内に終了報告書をご提出下さい。

申込日: 令和 年 月 日

## 手話通訳利用に関する調査書

1. 開催日: 令和 年 月 日 ( )

手話通訳者

件名: \_\_\_\_\_

対応の担当者: \_\_\_\_\_

## 2. タイムスケジュール(別紙添付可)

時間	内容	備考

※開始前会場アナウンスがあれば手話通訳を行います。会場アナウンスの時間からご記入ください。

## 3. 会場内配置図(別紙添付可)

(略号) 司会者 = (司)      話し手(聴覚障害者) = (聴)      話し手(健聴者) = (健)  
 聴衆 = ○      通訳者 = (手)      マイク = マ

## 4. 当日について

## (1) 手話通訳者に対する配慮

① 椅子の用意 (  あり  なし )② 控え室の用意 (  あり  なし )(2) 聴覚障害者に対する配慮 (  なし ) あり → \_\_\_\_\_ 誘導案内等 \_\_\_\_\_ 場内アナウンス \_\_\_\_\_

## (3) 環境

・映画 (  あり  なし )      ・スポット等 (  あり  なし )・スライド (  あり  なし )      ・マイク (  あり  なし )・会場アナウンス (  あり  なし )      ・歌・演奏等 (  あり  なし )・磁気ループ (  あり  なし )

## 5. その他

・事前広報の状況 \_\_\_\_\_

## 手話通訳終了報告書（団体派遣）

通訳者の活動が終了しましたら終了の報告を下記までFAX又はメールでお送り下さい。（終了後10日以内にお願ひ致します。）

FAX：03-3785-3366

品川区立心身障害者福祉会館

e-mail：sina-haken@s-kaikan.net

障害者地域活動支援センター「逢」 行

※下欄に記入し、あてはまる口に✓を入れて下さい。

活動日	令和 年 月 日 ( )
活動時間	開始時間 : ~ 終了時間 :
主催者・団体名	
派遣場所	
手話通訳者名	
通訳者謝礼の支払い	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未払い ( 月 日振込予定)
通訳内容	
以下のアンケートにお答え下さい。 <input type="checkbox"/> 派遣を依頼して良かった <input type="checkbox"/> 概ね良かった <input type="checkbox"/> 問題あり その理由についてご記入下さい。 ( )  <input type="checkbox"/> 通訳者、派遣元に対してご意見がありましたらご記入下さい。	