

# 様式1 高齢ろう者生活支援事業依頼書

殿

社会福祉法人 大分県聴覚障害者協会  
理事長

「高齢ろう者生活支援事業」に基づき下記の要領で支援を依頼します。

記

|         |                                                                                           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支援対象者氏名 | ( 歳) 詳細は別紙                                                                                |
| 支援対象者住所 |                                                                                           |
| 訪問日時    | 平成 年 月 日( )・ 時 分～ 時 分                                                                     |
| 依頼内容    | <例><br>①会話による状況把握 (食事・整理整頓・身だしなみ・生活上の不安等)<br><br>②話し相手の役割 (情報提供と気持ちの安定)<br><br>③<br><br>④ |
| 注意事項    | ①<br>②<br>③                                                                               |
| その他     |                                                                                           |