

新潟県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業活動報告書

新潟県身体障害者団体連合会 様

通訳・介助活動を下記の通り報告し、併せて通訳・介助活動報償費、並びに交通費を請求します。

通訳・介助員 氏名	
利用者確認欄 (署名(代筆可))	

派遣決定番号		利用者氏名	
活動日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (内、 時 分 ~ 時 分 は除く)		

活動場所			
活動内容			
待ち合わせ場所		待ち合わせ時間	時 分
解散場所		解散時間	時 分
所感・引継ぎ事項			
交通費	交通機関	区間	運賃又はキロ数
出発地 ~		~	
待ち合わせ場所		~	
交通費	交通機関	区間	運賃又はキロ数
解散場所 ~		~	
帰着地		~	
		~	

派遣事務局記入欄			
報償費	1,300円 ×	時間 =	円
交通費			円
合計			円
		事務局	

FAX送信先 025-381-8116 (FAXで報告する場合は左記に送信してください)