様式第4号（第10条関係）

島根県意思疎通支援者派遣業務報告書（兼報酬等請求書）

年　　月　　日

島根県聴覚障害者情報センター　所長　様

　意思疎通支援者住所　　　　　　　　　　　　　　･

　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり報告（・請求）します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（団体） |  |
| 派遣日時 | 令和　 年 月 日（　　） | (待合)　　　　　時　　分から |
| (終了)　　　　　時　　分まで |
| 計　　　　時間　　　　　分 |
| 派遣場所 |  |
| 派遣内容 |  |
| 手当等の請求額 | ※報酬 | 申請者（団体）との待合わせ時間から１時間まで　　　　　　個人1,500円団体3,000円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| １時間を超えた場合に30分毎に個人 750円団体1,500円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ※手　当 | 時間外手当（申請者（団体）との待合わせ時間から終了時間までが8時間を超えた場合、その超過時間）　報酬総額　　　　　　円×25/100＝　　　　　　　　円 |
| 深夜手当（午後10時から翌日午前5時までの間に、申請者との待合わせ時間又は終了時間が含まれる場合）　報酬総額　　　　　　円×25/100＝　　　　　　　　円 |
| 交通費 | 使用した交通手段に✔印を付して下さい | [ ] 徒歩・[ ] 自転車・[ ] 車・[ ] ＪＲ・[ ] バス・[ ] 一畑電車・[ ] 他車に同乗 |
| 公共交通機関の実費（往復分）（　　　　　　～　　　　　　　）（　　　　　　～　　　　　　　）　　　　　　　円 |
| タクシー料金（夜間及び緊急時でタクシーの利用を認められた場合（領収書添付）） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 　　　　　　　　　　　　　 |
| ※合計 | 円 |

※印欄は記載不要です。

業務上の問題点・状況・意見等は裏面に記入してください。

(裏)

|  |
| --- |
| 業務上の問題点・状況・意見等①申請者（主催者）・当センターの対応他、お気づきになったこと、ご意見②意思疎通支援時にお気づきになったこと、ご意見③その他、ご自由にお書きください。（できれば活動後反省会をしてください。） |