

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 _____ 印

次のとおり報告（・請求）します。

申請者 (団体)				
派遣日時	平成 年 月 日 ()	(待合) (終了) 計	時 分から 時 分まで 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	<input type="checkbox"/> 徒歩・ <input type="checkbox"/> 自転車・ <input type="checkbox"/> 車・ <input type="checkbox"/> JR・ <input type="checkbox"/> バス・ <input type="checkbox"/> 一畑電車・ <input type="checkbox"/> 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。)