

○南城市手話通訳者等派遣事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、聴覚障害者、音声・言語機能障害者及び意思疎通を図ることに支障がある者（以下「聴覚障害者等」という。）に手話通訳等の方法により聴覚障害者等とその他の者の意思疎通を仲介する手話通訳者、要約筆記者等（以下「通訳者」という。）を派遣し、意志疎通の円滑化を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、南城市とする。ただし、必要があると認めるときは、社会福祉法人等に事業委託できるものとする。

(対象者)

第3条 通訳者の派遣の対象者となる者は、次に掲げる者とする。

- (1) 本市に居住する聴覚障害者
- (2) 市外に居住する聴覚障害者等で、市内において緊急に通訳者の派遣を必要とするもの。
- (3) 聴覚障害者等の参加が見込まれる講演会その他事業を実施する公共団体又は公共的団体
- (4) その他市長が特に必要と認めるもの

(派遣地域)

第4条 派遣の地域は、市内とする。ただし、市長が特に必要があると認めるときは、市外についても派遣することができる。

(派遣の内容)

第5条 通訳者の派遣の内容は、別表に定める事項のうち、その日に用務を終えるものとする。ただし、政治、宗教及び営利目的のための活動、個人の遊興及び娯楽の行為、社会通念上本制度を利用することが適当でないもの並びに市長が派遣の実施をすることが適当でないと認めたものについては、派遣しない。

(派遣の申請)

第6条 通訳者の派遣を必要とする者は、緊急を要する場合を除き10日前までに申請書（別記様式）を市長に提出しなければならない。ただし、緊急の場合はこの限りでない。

（費用負担）

第7条 この事業に係る利用料については無料とする。

（派遣手当等の支給）

第8条 実施主体の長は、通訳者に対し、派遣実績に応じて派遣手当及び費用弁償を支給する。

（実施日）

第9条 事業の実施日及び実施時間は、月曜日から金曜日までの午前8時半から午後5時までとする。ただし、南城市職員の勤務時間、休暇等に関する条例（平成18年南城市条例第31号）に規定する職員の休日を除いた日とする。

（緊急時の派遣）

第10条 前条の規定に関わらず、夜間の病院受診等の緊急に通訳者を必要とする場合には、事業の実施日及び実施時間以外に通訳者を派遣することができる。

（守秘義務）

第11条 通訳者は、事業を行うにあたり、個人の人権を尊重し、その身上に関する秘密を守らなければならない。

（補則）

第12条 この訓令に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この訓令は、平成19年4月1日から適用する。

附 則（平成25年11月18日訓令第31号）

この訓令は、公布の日から施行する。

附 則（平成26年3月31日訓令第5号）

この訓令は、平成26年4月1日から施行する。

別表（第5条関係）

手話通訳者・手話奉仕員・要約筆記奉仕員派遣内容

内訳	内容詳細
医療・保健	診察・治療・検査・集団検診・入退院に関わる説明 母親教室・栄養相談等
司法	法律相談、弁護士との相談・警察署での相談（被害届等） 交通事故相談等
社会生活	生活保護・介護保険・年金・税金・相続・親族会議 地域集会・高額の契約・住宅相談・免許更新（交通違反者講習会）・冠婚葬祭・福祉事務所等への利用申請等
労働・雇用	就職面接・職場内相談・職場研修等
教育・保育	懇談会・授業参観・個人面談・入卒業式・学校各種説明会・進路説明会・教育相談・PTA等
福祉推進社会参加活動	聴覚障害者団体の会議・大会・行事等 福祉大会・講習会・研修会等
その他	趣味教養関係の講座等

別記様式(第6条関係) 受付日 平成 年 月 日

南城市長 殿

課長	係長	係

手話通訳者・手話奉仕員・要約筆記奉仕員派遣申請書

社会福祉法人
沖縄県身体障害者福祉協会 殿

上記の派遣事業要領に基づき「手話通訳・要約筆記」を下記のとおり申し込みします。

申込者名 (団体名)	担当者名(申込責任者)	
住所		
連絡先	電話	FAX
派遣日時	平成 年 月 日(曜日) 時 分～ 時 分 [集合待ち合わせ: 時 分]	
派遣場所 (会場)	施設名: ()病院・診療所・学校・警察・その他 (該当する施設名へ○をつける) 住所: 電話番号:	
派遣内容 (診察等)		
備考 要件を簡単に 書いて下さい	※参考資料(チラシや案内通知等)がありま したら一緒にFAXして下さい。	<要約筆記の方法> *要約筆記方法に○して下さい 1. ノートテイク 2. OHP 3. OHC

申込先 南城市福祉部 生きがい推進課 (障害福祉係)へ
沖縄県 南城市大里字仲間807番地(大里庁舎2階)
TEL 946-8985 FAX 882-8114

受付時間 8:30～17:00(月曜日～金曜日) ※土日・祝祭日・年末年始は休み

※受付時間外(急病や事故等)の場合の連絡先

社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会 南風原町字神里631番地
緊急用の携帯090-3793-0484 メールアドレス 3793-0484@ezweb.ne.jp

■協会記入 上記の申込みについて、下記の者に依頼してよろしいでしょうか。

決 裁 月 日	派遣者				
		事務局長	業務課長	係	備考
処理	個人 ・ 団体契約	内 訳	(1)医療・保健 (2)司法 (3)社会生活 (4)労働・雇用 (5)教育・保育 (6)福祉推進・社会参加活動 (7)その他		

