

# 点訳・音訳広報等発行事業要綱

(目的)

第1条 点訳、音訳の方法により、障がい者が地域生活をする上で必要な情報を提供するものである。

(対象者)

第2条 この事業の対象者は、墨字による情報入手が困難な障害者とする。

(提供内容)

第3条 この事業により、提供する情報発刊物は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 三木市社会福祉協議会の会報
- (2) その他、会長が必要と認める発刊物

(制作依頼申込み)

第4条 この事業を利用しようとする者は、点字・声の広報等制作依頼申込書（様式第1号）を会長に提出しなければならない。

(ボランティアとの協働)

第5条 会長は、この事業の実施に当たり、ボランティアグループと協働し、この事業が円滑に推進されるよう努めなければならない。

(製作費)

第6条 この事業の製作に要する費用を、点字・音訳制作費表（別表1）により徴収する。

第7条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関して必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要綱は、昭和59年4月1日から施行する。

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

## 【細則】

(原稿の事前提供について)

1. 墨字印刷の発刊日と同一日に点訳・音訳版を発行する場合は、最終校正の原稿を前もって提供してください。

(ボランティアと協働における条件)

2. この事業の実施に当たり、ボランティアと三木市社会福祉協議会の協働の役割を、別表2のとおりとする。

(別表1)

## 点訳・音訳制作費表

	項 目	金 額	備 考
音 訳	マザー制作	20,000円	活動者交通費実費負担
	ダビング費	150円	記録メディア、作業費含む
点 訳	点訳データ制作	30,000円	活動者交通費実費負担
	点字印刷費	500円	点字用紙、作業費含む

※当事者団体からの申込においては、制作費額について協議し決定する。

(別表2)

## ボランティアグループとの協働条件

【音訳】

		社 協	ボランティア グループ
音訳環境整備		<ul style="list-style-type: none"> <li>●録音室の整備</li> <li>●録音周辺機器の整備</li> </ul>	○録音周辺機器の整備に関して、助成事業の活用を
制作 及び 費用	市広報	●月10,000円の交通費負担を支払う	
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>●要綱に沿って、徴収し、マザー制作費をグループに支払う、</li> <li>●郵送に必要なケース</li> </ul>	
ダビング作業 及び費用		●要綱に沿って徴収	●ダビング及び発送作業等を行う
利用者の受付		<ul style="list-style-type: none"> <li>●申込受付</li> <li>●利用案内啓発</li> </ul>	●申込受付

【音訳】

		社 協	ボランティア グループ
音訳環境整備		<ul style="list-style-type: none"> <li>●点訳室の整備</li> <li>●点訳周辺機器の整備</li> </ul>	○録音周辺機器の整備に関して、助成事業の活用を
制作 及び 費用	市広報	●月10,000円の交通費負担を支払う	
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>●要綱に沿って、徴収し、マザー制作費をグループに支払う、</li> <li>●郵送に必要なケース</li> </ul>	
点字印刷作業 及び費用		●要綱に沿って徴収	●印刷及び発送作業等を行う
利用者の受付		<ul style="list-style-type: none"> <li>●申込受付</li> <li>●利用案内啓発</li> </ul>	●申込受付

# 点訳・音訳広報等製作依頼申込書

平成 年 月 日

三木市社会福祉協議会  
会長 和 泉 藤 枝 様

(申込者) 住所

団体名  
又は  
個人名

(電話 :

印  
)

上記事業の利用について、次のとおり申込みます。

申込区分	点 訳 ・ 音 訳		
内 容	(製作頻度 : 毎月 ・ 隔月 ・ 年 / 回 ・ 今回のみ)		
製作本数 又は 部 数		送付先	<input type="checkbox"/> 申込者が指定する対象者 <input type="checkbox"/> 本会が把握する対象者
お渡し期日 又は方法	いずれかに <input type="checkbox"/> の印をしてください。 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日までに依頼者に渡す。 <input type="checkbox"/> 音訳・点訳広報利用者に直接郵送する。		
障害者手帳 所持の有無	※個人の場合のみご記入ください。 あり ( 級 ) ・ なし		
連絡先 ※読み方等の 問合せ先	氏 名		
	電話番号	固定電話 ( ) -	
		携帯電話 ( ) -	

----- 事務処理欄 -----

担当課対応計画	課長	次長	局長	会長
■制作費決定額 【 円】 (事由等)				