

様式第 1 号（第 6 条関係）

奥州市障がい者地域生活支援拠点等利用登録申請書

年 月 日

奥州市長 宛

奥州市障がい者地域生活支援拠点等事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者 (本人)	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	住 所	〒	電話番号			
主たる 介護者	フリガナ		続 柄			
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	住 所	〒	電話番号			
	特記事項					
障害者手帳 (無 ・ 有)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) (部位)					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A ・ B)					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)					
	<input type="checkbox"/> 難病 (病名 :)					
医療機器等の装着 医療的ケアの状況 (無 ・ 有)	内容 ・ 状況					
内 服 薬 (無 ・ 有)	内容 ・ 状況					
その他配慮事項 (無 ・ 有)	<input type="checkbox"/> 行動障害 <input type="checkbox"/> 自傷他害行為 その他 () 内容 ・ 状況					
家族 構成等	本人との続柄	氏 名	年齢	同居/別居	連絡先等	備 考
				同 ・ 別		
				同 ・ 別		
				同 ・ 別		
				同 ・ 別		
				同 ・ 別		

