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 ） | | □　身体障害者手帳　（　　　級）（部位　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| □　療育手帳　（ Ａ ・ Ｂ ） | | | | | | | |
| □　精神障害者保健福祉手帳　（　　　級） | | | | | | | |
| □　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 ） | | □　行動障害　　□　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 |  | |  |
|  |  | | |  | 同・別 |  | |  |
| 障害支援区分 | | | 無 ・ 有（区分　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６　） | | | | | | |
| 要介護認定 | | | 無 ・ 有（要支援 １ ・ ２　／　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） | | | | | | |
| 障害福祉サービス等の利用 | | | 無 ・ 有（受給者証番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 介護保険の利用 | | | 無 ・ 有（被保険者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 利用しているサービス | | | | 支給量 | | サービス事業所 | | 備　　考 | |
|  | | | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | |
| 関係機関・医療機関等 | | | | | | 担　当　者 | | 連絡先等 | |
|  | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |
| その他・備考 |  | | | | | | | | |

（同意事項）

支援に必要な範囲で、市及び奥州市基幹相談支援センター、受入先施設等の支援者の間で届出に記載した情報等を共有することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同意年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 申請者又は  代理人署名 |  | 申請者との続柄 |  |