様式第1号（第6条関係）

浜田市安心生活事業利用登録申請書

年　月　日

浜田市長　様

　浜田市安心生活支援事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名前（ふりがな） | 担当相談支援事業所 |
| 担当相談支援専門員 |
| 生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日生　　（　　　　　歳）　（　男　・　女　） |
| 住所　　浜田市電話 | 事業所電話休日・夜間電話 |
| 身体障害者手帳 | 種　　　　級 | 精神保健福祉手帳 | 級 | 療育手帳 | Ａ　　　　Ｂ |
| 障がい支援区分 | 非該 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 | 要介護度 | 非該 ・ 要１ ・ 要２ ・ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 障がい名又は病名 |  | かかりつけ医療機関 |  |
|  |  | （診療科/主治医） |
| （連絡先） |
| 緊急連絡先 | 1. 氏名

住所 | 電話携帯 |
| 1. 氏名

住所 | 電話携帯 |
| 想定される緊急時 | 具体的な対処方法 |
| （例）母が入院した時に、一人になってしまい、不安である。 |  |
| 体験利用等希望 | （　有　・　無　）　　　（確認日：　　　　　　　　　） （　日中見学　・お泊り　・いずれでも可） | 利用希望事業所 | 第1希望　（　　　　　　　　　　　　　　　　）第2希望　（　　　　　　　　　　　　　　　　）第3希望　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜家族関係/ジェノグラム＞　　　※年齢・職業等 | 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 特記事項 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| <社会関係図/エコマップ>　　　　※関わりのある機関・人物・役割 | 治療・病状 |  |
| 服薬について | □支援が必要　（特記事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□支援が不要　＊緊急時は、「お薬手帳」を参照 |
| <障がい特性より配慮が必要な事項>　　　※習慣、関わり方 |

緊急時に備え、申請者の支援に必要な登録申請書の個人情報を、事業受託事業所及び浜田市地域生活支援拠点登録事業所並びに浜田市基幹相談支援センターに情報提供することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　氏名