

松阪市介護者の緊急時における障害者等支援事業利用登録申請書

（宛先）松阪市長

次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			
	名前	年 月 日生		
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所			
	連絡先	電話番号		FAX
	受給者証番号		障害支援区分	
	手帳取得状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ 級）		
	家族及び支援員等の状況			
	特記事項等			
相談支援事業所	担当者（ ）			
緊急時受入先事業所 ※ これまでに体験等で利用したことがあるかを記載	①（ 連絡先 ） 体験等（ <input type="checkbox"/> 体験済 <input type="checkbox"/> 体験の予定あり <input type="checkbox"/> 体験は未定 ）			
	②（ 連絡先 ） 体験等（ <input type="checkbox"/> 体験済 <input type="checkbox"/> 体験の予定あり <input type="checkbox"/> 体験は未定 ）			
	③（ 連絡先 ） 体験等（ <input type="checkbox"/> 体験済 <input type="checkbox"/> 体験の予定あり <input type="checkbox"/> 体験は未定 ）			

同意欄

私は、緊急時対応に係る利用登録を申請するにあたり、この申請書に記載された個人情報等の内容について松阪市から関係機関に提供すること及び緊急時対応を利用する際は各指定障害福祉サービス事業所が定める運営規程に従うことに同意します。

年 月 日 （対象者）氏名

（代筆者）氏名

続柄（ ）