令和　　年　　月　　日

地域生活支援拠点等事業利用登録届

鎌ケ谷市長　様

　地域生活支援拠点等事業を利用したいので、次のとおり届け出ます。

　なお、緊急時の支援を円滑に行うため、裏面の同意事項について同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届 　出　 者  （利　用　者） | | フリガナ |  | | | | 生年月日  性別 | 年　　月　　日生  □ 男　　□ 女 | |
| 氏名 |  | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | |
| 障害の別  等級 | | | □身体障がい　　　級　　□知的障がい　　　級  　□精神障がい　　　級　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 緊急連絡先  代　理　人 | | フリガナ |  | | | | 本人との関係 |  | |
| 氏名 |  | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | |
| 同居の家族構成 | 氏　　　　名 | | | 続柄 | 年齢 | 健康状態 | | | 連　絡　先 |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
| 別居の家族・  その他親族 | 氏　　　　名 | | | 続柄 | 年齢 | 住　　所 | | | 連　絡　先 |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 親族以外の支援者 | 氏　　　　名 | | | | | 連　絡　先 | 備　　　考 | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
| 利用しているサービス事業所等 | | | 事業所名 | |  | | | | 担当 |  |
| 事業所名 | |  | | | | 担当 |  |
| 事業所名 | |  | | | | 担当 |  |
| 事業所名 | |  | | | | 担当 |  |
| 相談支援事業所 | | | 事業所名 | |  | | | | 担当 |  |
| 関係機関  病院・学校・主治医  ・担任など | | 名称  病院・学校など | |  | | | | 担当  主治医・担任など | |  |
| 名称  病院・学校など | |  | | | | 担当  主治医・担任など | |  |
| 名称  病院・学校など | |  | | | | 担当  主治医・担任など | |  |

【重要】

同意事項

　この届出の内容を鎌ケ谷市基幹相談支援センターに情報提供し、緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び支援者の個人情報を鎌ケ谷市基幹相談支援センターが鎌ケ谷市、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所その他の関係機関から取得し、又は共有することに同意します。

【注意事項】

・『緊急時』とは、支援をしている保護者や家族等が急病等の突発的な事由により、障がい者等への支援ができない場合において、障がい者等の生命に危険を及ぼす恐れがあり、緊急に支援が必要となる場合を指します。

・事前に予定が分かっている行事（旅行等の余暇活動や冠婚葬祭等）を理由とした本事業の利用は原則対象外となります。