様式第５号（第６条関係）

春日部市障害児（者）生活サポート事業利用登録申請書

　　　年　　　月　　　日

　春日部市長　あて

申請者　住　所

氏　名

（本人との続柄）

　春日部市障害児（者）生活サポート事業実施要綱第６条第１項の規定により、利用の登録を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※　登　録　番　号 | |  |  |
| 本　人　氏　名 | |  | |
| 本　人　住　所 | | 春日部市  電話番号 | |
| 生　年　月　日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 保 護 者 氏 名 | |  | |
| 保 護 者 住 所 | | 春日部市  電話番号 | |
| 緊 急 連 絡 先 | | 勤務先等  電話番号 | |
| 本人の状況 | 日常生活の状況（障害の状況、介護に当たっての注意点等） | 日中の生活の場 | |
| 既往症 | |
| かかりつけの病院（医院） | |
| 服薬状況 | |
| 手帳取得状況 | 身体障害者手帳：　無　　有（手帳等級　　　級）  療　　育　　手　　帳：　無　　有（程　　度　　　　）  精神障害者保健福祉手帳：　無　　有（手帳等級　　　級） | |
| その他の判定等 | 判定機関  　判定年月日 | |
| 利 用 の 理 由 | |  | |

　　※の欄は記入しないでください。

|  |
| --- |
| 同意書（利用者が１８歳未満の場合）  　　本事業の利用者登録申請にあたり、生計中心者の課税状況について関係部署等に照会し確認することに同意します。  同意者氏名 |