

堺市障害者緊急時対応事業利用登録申請書

年 月 日

堺市 受託者

殿

申請者 〒 -
住所
氏名

堺市障害者緊急時対応事業実施要綱(以下「実施要綱」という。)第6条第1項の規定により、次のとおり緊急時対応事業の利用登録を申請します。なお、本事業を利用する際は、実施要綱第14条の規定により、緊急時対応費用の一部を負担することに同意します。

また、本事業を実施するために行う聴取りや調査により得られた個人情報について、関係機関に提供すること及び堺市個人情報保護条例に基づき、適正に利用、管理及び削除を行うことに同意します。

1. 障害者の状況

氏名		生年月日		年齢	歳
				電話番号	
住所				FAX 番号	
				メール	
家族および 居住状況		障害や疾病 の状況		経済状況	
受給者証 番号		障害支援 区分		手帳の 取得状況	
計画相談支援 の受給状況	□あり □なし	「あり」の場合	法人名 事業所名	連絡先	担当者

2. 緊急時対応先事業所

【短期入所(コールセンター、緊急時の受入れ)】

優先順位	法人名・事業所名	連絡先	支援内容

【緊急時支援員(日中活動系職員等)の派遣による現場対応、移送】

法人名・事業所名	連絡先	支援内容	
緊急時支援に関する同意欄(緊急時支援員の派遣を行う事業所が記入する欄)			
法人名・事業所名	担当者	同意欄(確認後☑を記入)	
		介護者の緊急時に、必要に応じて自宅等の現場への出動による直接支援や短期入所等への移送を行うことに同意いたします。	☐

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

(注) 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

利用者負担額	☐ 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者
--------	---